



TUBERCULOSE

BOLETIM DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA NACIONAL
AOS TUBERCULOSOS

5.ª SERIE

1947(4)
Maio 1947

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos

Avenida 24 de Julho

L I S B O A

V. EX.^a ENCONTRARÁ CERTAMENTE :

Na nossa **SECÇÃO DE MÉNAGE**
tudo o que precisar para sua casa

Na nossa **SECÇÃO DE «NOVIDADES»**
os melhores cristais, louças, talheres, etc.

Na nossa **SECÇÃO HOTELEIRA**
tudo para hotéis, restaurantes, Comp. de Navegação, Sanatórios, Bars, etc.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL E COLÓNIAS da afamada marca

CHRISTOFLE

talheres de 1.^a qualidade, lâminas d'aço inoxidável, travessas, bules,
cafeteiras, e todos os acessórios para serviço de mesa

ANTIGA CASA

JOSÉ ALEXANDRE

8, Rua Garrett, 18 ● LISBOA ● Tel. 26761

HEPOLON

EXTRACTO
TOTAL DE
FIGADO

para injeção parentérica

preparado por processos especiais, conserva todos os principios hematopoéticos conhecidos do figado completo e aproxima-se do extracto descrito por Gäusslen.

HEPOLON não só satisfaz as maiores exigências clinicas de potência contra a anemia perniciosa, como contém os factores de Whipple e de Will, riboflavina, ácido nicotínico e os minerais hematinicos do figado; não dá reacções à histamina ou proteina indesejada.

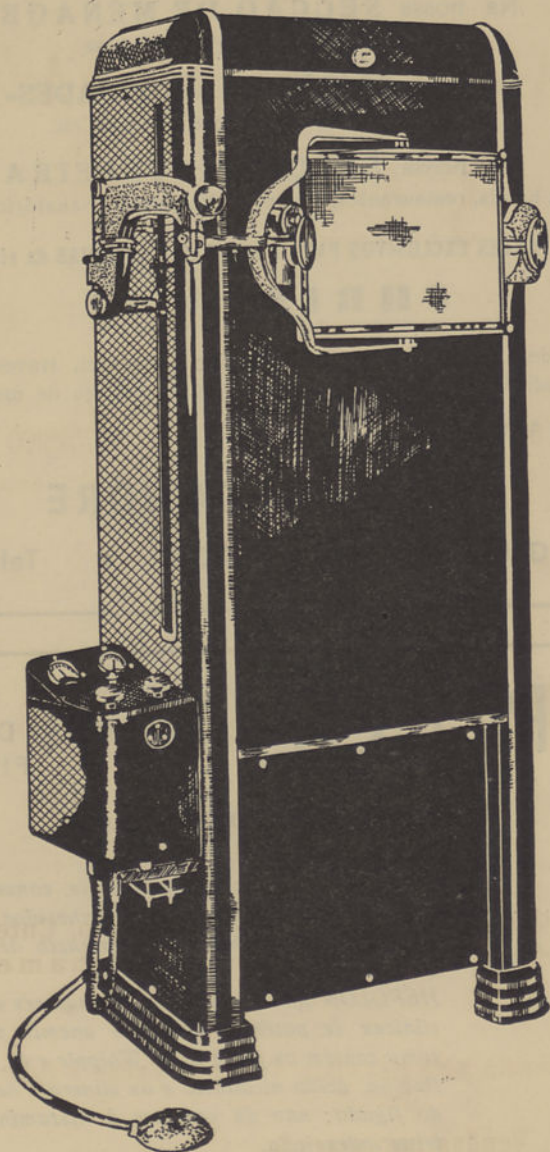
Ampolas de 2 c. c.

ALLEN & HANBURYS, LTD.—LONDRES

Representantes: COLL TAYLOR, LDA — Rua Douradores, 29, 1.^o-LISBOA
No PORTO: Farmácia Sarabando, Largo Loios, 36

Aparelho para radioscopia

modelo dispensário



FLUOROSCOPE VERTICAL da United Electric Company de Chicago

Em exposição

SIEMENS REINIGER S. A. R. L.

LISBOA

R. Santa Marta, 33, 1.º
Telef. 44329

COIMBRA

Farmácia Castelo
Telef. 2825

PORTO

R. Candido Reis, 116
Telef. 21106

TRATAMENTOS DE RECALCIFICAÇÃO

CALCIO E VITAMINA C

SANITAS

GLUCONATO DE CÁLCIO A 10%

5 c. c. 12 emp.

ACIDO L-ASCÓRBICO A 5%

2 c. c. 12 emp.



União Comercial de Louças e Vidros, Lda.

Casa Fundada em 1922

EXPEDIÇÕES DE LISBOA OU
DIRECTAMENTE DAS FÁBRICAS

Faiança, Porcelana, Esmalte, Alumínio, Cate-
larias, Vidraria, Garrações, Vasilhame,
Metais e todos os artigos de menage

Fornecimento para Hospitais, Casas de Saúde e Quartos

Vendas por atacado

PREÇOS DAS FÁBRICAS

77, Rua da Glória, 87
Junto à Avenida da Liberdade

TELEFONE 2 0238

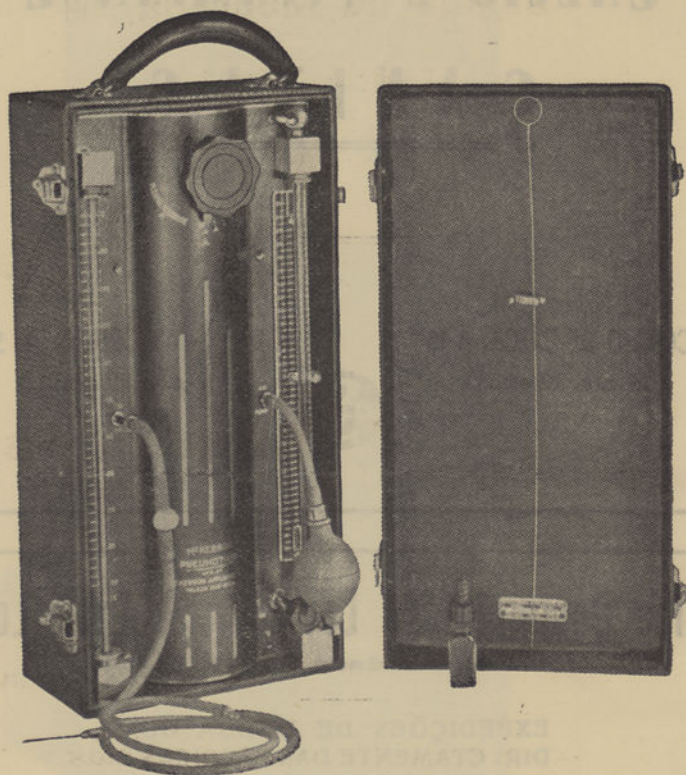
LISBOA

GENERAL ELECTRIC

Rua do Norte, 5

PORTUGUESA
S. A. R. L.

TELEFONE 2 8135 P. B. X.



Aparelho para Pneumotorax
(McKESSON)

- Inteiramente protegido
- Não entorna
- Não gela
- Simples, compacto e portátil
- Manejável com uma só mão
- Admite somente ar filtrado
- Esterilização fácil
- Pêso: 6 Kg. aprox.
- Preço moderado

Instalações completas de Raios-X para roentgendiagnóstico e terapia, de todas as potências.

Aparelhagem de electromedicina para todas as aplicações.

Tudo para Hospitais e Sanatórios:

Esterilizadores, estufas e aparelhagem médica e cirúrgica.

L. ROSA NEVES

Calçada da Mouraria, 14

Telefone 2 8077

Camas—Colchões

Divãs

Mobilias—Estofos

Salões de exposição nas lojas e no 1.º andar

de bonitas mobílias completas

e peças soltas

por preços só possíveis

no fabricante

Casa fundada em 1895

TUBERCULOSE

Boletim do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos

MAIO 1947

5.ª Série - 3.ª Anos

TUBERCULOSE

Boletim do Instituto de Assistência Nacional
aos Tuberculosos

5.ª Série

(Vol. 3) N.º 4

MAIO 1947



INSTITUTO CENTRAL DO I. A. N. T.

Avenida 24 de Julho

L I S B O A

TUBERCULOSE

Boletim do Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos

Vol. 3 - N.º 4

MAIO 1947

5.ª Série — 14.º Ano

Campanha anti-tuberculosa

A campanha que o Dr. António Covas Lima, actual director do Dispensário de Beja, de colaboração com o médico escolar Dr. Flávio Santos, vem desenvolvendo desde há três anos com notável acerto, merece todo o nosso aplauso.

Publicando o relatório que o director do Dispensário de Beja enviou à direcção do I. A. N. T., prestamos-lhe assim justa homenagem, ao mesmo tempo que formulamos o voto de que o exemplo frutifique e estimule outros a imitarem o que em Beja se está fazendo no campo da profilaxia da tuberculose.

Continuamos a luta anti-tuberculosa iniciada em Beja, em Novembro de 1945.

Sem pretendermos apresentar a solução ideal para tão delicado como importante assunto, traçamos e indicamos o caminho que nos parece ser o melhor, ao qual estamos emprestando as nossas energias e vontade de acertar.

O combate à tuberculose exige o cumprimento dum programa pormenorizado em que se não deve desprezar o mínimo detalhe.

Qualquer medida de profilaxia não surte efeito se for restrita ou só abranger pequenos núcleos populacionais. A sua eficácia será tanto maior quanto maior for o número dos seus praticantes e só será completa quando interessar a população inteiramente.

As disposições sanitárias sobre profilaxia carecem dum rigorismo absoluto e para o seu bom êxito é da máxima conveniência elevar o nível cultural da população, mostrando-se-lhe os malefícios da sua ignorância, sem se perder a oportunidade de a instruir e educar, utilizando como esplêndidos meios de acção o teatro, o cinema, a rádio, os jornais e as palestras de divulgação.

O afastamento do serviço de muitas pessoas e o internamento de certos doentes devia ser facultado e até mesmo obrigatório. Muitas vezes, as necessidades da vida ou o receio de perder o emprego impedem os indivíduos, quando doentes, de se mostrarem e ainda menos de acatarem as determinações médico-preventivas.

O que lucra a colectividade com o internamento duma pequena parcela de bacilosos, se o grosso dos doentes continuar descuidadamente a semear bacilos de Koch?

Para que nos serve um ficheiro repleto de nomes de tuberculosos se não procuramos averiguar onde se contaminaram e se os não submetemos depois ao tratamento necessário?

O Dr. William Fredmann, dos Estados Unidos, na sessão de encerramento do Curso dos Serviços de Urgência, afirmou: «o diagnóstico precoce, os exames colectivos, a separação dos doentes contagiosos e o tratamento em sanatório são os factores indispensáveis a um efectivo programa de *contrôle* da tuberculose».

E, na verdade, o internamento da totalidade ou do maior número possível dos doentes com formas em actividade — quase sempre com expectoração bacilífera — baixaria implicitamente o número dos disseminadores de bacilos.

Ainda podemos citar outros benefícios de carácter geral, resultantes do internamento sistemático dos bacilosos: a disciplina e a educação dos doentes.

É de todos conhecida a modificação que se opera nos hábitos e modo de ser dos indivíduos que estiveram em regime sanatorial. Certas noções da doença, dos perigos inerentes, das exigências profilácticas, etc., não mais se apagarão da memória destes doentes, sendo excepcional qualquer desvio no cumprimento das suas disposições.

É indispensável localizar com precisão todos os focos de difusão do bacilo de Koch, a semente que germina em quase todos os campos; tarefa difícil e dispendiosa, para a qual se impõem severas medidas, meios de investigação e actuação, pessoal especializado, visitadoras, etc..

Estudados os doentes, os meios de disseminação e todos os focos de difusão, poder-se-á então prescrever e actuar devidamente. Seguindo este trilho e uma vez extintos os focos difusores, talvez um dia a maior mancha da sociedade tenha desaparecido da face da Terra.

Não basta cuidar dos doentes que se apresentam aos médicos, nos consultórios, preventórios, dispensários, etc. Convém procurar por toda a parte e ir ao encontro de todos os indivíduos, principalmente daqueles que se julgam sãos, e encaminhá-los conforme o estado revelado nos exames a que se sujeitaram. Mas como, se cada um vive na sua casa, monte ou aldeia e se horroriza com a ideia da doença, tratamento, etc. ?

Um exame torácico não se pode limitar aos sinais fornecidos pela estetoscopia, visto haver pormenores ou fases da patologia pulmonar que deste modo passariam despercebidos. A deficiência destes meios de observação, considerados actualmente incompletos, é suprida modernamente pelo precioso concurso da radiologia e ainda pelas provas laboratoriais.

Orientados neste sentido, resolvemos submeter a exame radioscópico todos os alunos dos estabelecimentos oficiais de Beja e, ainda, alguns dos arredores.

Antes de entrarmos pròpriamente no assunto, focaremos os vários aspectos da vida alentejana, não com o intuito de atribuir a origem da tuberculose à miséria ou às más condições de vida da população, mas sim para assinalar que uma vida desregrada, com privações e afastada das práticas higiênicas, não será tisiogénica, mas dificultará o seu tratamento e em grande medida contribuirá, no caso de existir numa casa um doente com expectoração positiva, para a sua natural expansão.

ESTUDO DO MEIO

A falta de árvores de sombra e o excessivo calor não permitem que as crianças andem fora de casa durante as horas de sol, o que as força a brincar de noite.

A grande planície e a falta de água não facultam uniformidade no trabalho. O trabalhador exerce a sua acção por períodos: o da sementeira, da monda, da ceifa, da debulha e o da apanha da azeitona. Fora destas épocas é forçado a manter-se por períodos de inactividade, às vezes longos.

A região não facilita a aplicação caseira, particular ou individual de qualquer actividade, visto ser quase excepcional a existência da pequena propriedade; como tal não se pode cuidar duma horta, mesmo minúscula, por falta de quintal ou de terreno para isso.

ALIMENTAÇÃO

A alimentação nunca foi perfeita, completa ou a preconizada pela higiene, em virtude de habitualmente não incluir todas as classes de alimentos. Come-se sempre pão, apresentado sob várias formas : açorda, migas, seco, com queijo, linguiça ou azeitonas. O consumo da carne e do peixe não é extensivo a todas as classes senão em dias festivos ou em épocas de fartura.

As avitaminoses e descalcificações são favorecidas pelo fraco consumo de frutos, de leguminosas e de vegetais.

Podemos pois afirmar que a ração alimentar não fornece, em muitos casos, os sais minerais, os elementos nutritivos, as vitaminas indispensáveis e o calor energético compatível com uma vida de trabalho ou com as necessidades duma criança ou adolescente.

É confrangedora a situação dos fastientos ou dos doentes que carecem duma alimentação forte e sadia. Assim, é frequente encontrarmos bacilosos ou outros doentes a comer pão seco, condutado com azeitonas, ou a beber um magro caldo de açorda, o que deveria ser consumido em enormíssimas proporções para ser suficiente, mas este caso não é admissível num organismo adoentado e como tal muito fastiento.

HABITAÇÃO

O problema da habitação faz parte integrante da luta anti-tuberculosa. Mais ou menos em todas as partes do mundo a higienização das habitações é um dos escolhos da luta anti-tuberculosa. Devido à sua grande importância é conveniente começar por desenvolver no espírito de todas as pessoas a necessidade de as suas instalações serem concebidas em novos moldes. Infelizmente, na população alentejana ainda abundam os indivíduos que, ou por falta de cultura ou por arreigamento de velhos hábitos, se mantêm relutantes quanto à modernização das suas moradias no sentido de as transformar, abolindo as casas de pavimento térreo, com falta de janelas e de arejamento, sem latrinas nem esgotos, visando sobretudo o combate à promiscuidade ou grande densidade habitacional, as principais fontes de contágio.

Ainda acresce que o consumo de água é por demais diminuto, originando a falta de limpeza e provocando a difusão de várias enfermidades, entre elas a tuberculose.

As deficiências citadas são sensivelmente agravadas pela descrença nos hábitos higiénicos, que se revela na perigosa utilização em comum de louças, roupas e vários utensílios domésticos.

MODO DE VIDA, DIVERTIMENTO

Restos da indolência árabe e a resultante do clima, alimentação deficiente e periodicidade no trabalho tornam o Alentejano pouco dinâmico, incapacitando-o de reagir e até de emigrar. Pode viver miseravelmente, sem trabalho, desprovido de tudo, mas não abandona o seu torrão natal. Vive sossegado, aceitando com resignação a adversidade. Aquece-se ao sol ou a uma braseira e procura no verão as raras sombras. Frequenta as adegas, onde dá largas à cavaqueira, sendo costume improvisar-se aí um pequeno grupo coral que se mantém horas a cantar deliciosamente a mesma quadra ou frase com afinação, entoação e harmonia verdadeiramente artísticas e tradutoras da monotonia da planície.

O operário da cidade colabora nestas manifestações com o trabalhador do campo, mas já se arranja nas horas e dias de folga e é frequente assistir ajanotado aos espectáculos de cinema ou desportivos. É nítida a diferença de aspecto que o operário apresenta com a família, principalmente com os elementos de sexo feminino, que, além de saírem pouco, apresentam-se muito mais modestamente. Podemos assegurar que a maior parte do salário de muitos operários é gasta exclusivamente por eles.

Na classe das costureiras e empregadas nota-se haver excessiva preocupação com a apresentação exterior, o que forçosamente abala o fraco orçamento caseiro.

O divertimento mais concorrido de Beja e que atrai a sua população, absorvendo principalmente as classes mais modestas, é a Feira de Agosto, que se realiza na primeira quinzena deste mês. O sexo feminino sai nas tardes de feira, apresentando-se com um vestuário leve em demasia para suportar as bruscas mudanças de temperatura que então se verificam.

O ar fresco que se respira depois da meia-noite é agradável, mas não deixa de molestar os corpos débeis e mal agasalhados.

Apreciando as condições de vida do trabalhador ou do operário podemos concluir que as deficiências apontadas não são de molde a permitir quaisquer desvios das receitas habituais, sejam eles motivados pela doença, incapacidade momentânea ou ainda por outras necessidades. Os fracos recursos monetários não facilitam a prosperidade do lar, nem oferecem os mais reduzidos meios de defesa contra a doença ou invalidez.

As irregularidades climatéricas causariam menores danos na população se esta se soubesse defender, conhecendo os malefícios duma oscilação térmica tão acentuada e se, além disso, dispusesse de meios que lhe permitissem agasalhar-se convenientemente. Acresce ainda o *deficit* alimentar, sobretudo de calorias, que diminui notoriamente as condições de trabalho e de resistência dos adultos e priva os novos dos elementos indispensáveis para o seu regular desenvolvimento.

A habitação sem higiene, a grande promiscuidade e a miséria facilitam a difusão de muitas enfermidades, ainda agravada com a inobservância, por ignorância, das mais rudimentares medidas de profilaxia.

A doença do chefe da família desorganiza tudo e priva o aglomerado do salário semanal, principalmente quando não dispõem doutra verba. O impedimento da mulher coloca a família em sérios embaraços domésticos, além de que força o marido a abandonar o trabalho, para poder acompanhar a doente, tomar a chefia da casa e tratar dos filhos.

É na doença que mais se sente a miséria. Num ambiente destes é para lastimar qualquer desvio do normal. A doença dum membro da família pode provocar a derrocada do lar.

Como cuidar de doentes em casas tão miseráveis se a par de tantas faltas ainda podemos acrescentar a ausência dum relógio, muitas vezes indispensável para dar cumprimento às determinações médicas, dum simples termómetro clínico e de alguém que o saiba interpretar, ou ainda a falta duma pessoa competente para prestar a mais elementar assistência de enfermagem?

Perante semelhantes deficiências somos forçados a precognizar as facilidades de internamento de muitos destes doentes,

sob pena de se desacreditar ou tornar nula a actual acção médico-preventiva.

Atribuindo-se papel preponderante na difusão do bacilo de Koch à existência de indivíduos com lesões tuberculosas em actividade, torna-se da máxima importância preservar a população sã da presença de bacilosos, principalmente daqueles que ignoram ou não cumprem as regras aconselhadas pela hygiene.

Considerando-se este ponto de difícil solução, é óbvio que a profilaxia da tuberculose deve assentar no internamento global dos disseminadores de bacilos, sem o qual esta enfermidade não deixará de alastrar assustadoramente.

O desejo humano de muitos doentes incuráveis acabarem os seus dias no meio da família deve ser contrariado, apesar da violência de semelhante separação. O bem-estar dos que cá ficam merece esse sacrifício.

É do conhecimento geral que nestes casos a disseminação de bacilos se faz com relativa facilidade, registando-se sempre, imediata ou tardiamente, novas infecções tuberculosas entre os filhos ou outros parentes.

Entre nós o maior obstáculo ao internamento dos tuberculosos recuperáveis ou incuráveis reside principalmente no número deficiente de leitos que se verifica nos sanatórios e na falta de hospícios para os últimos.

O FOCO FAMILIAR OU HABITACIONAL

O conhecimento do foco bacilífero é fundamental na luta anti-tuberculosa. A nossa actuação permite-nos atingir muitos dos principais focos de difusão, utilizando como pista os estudantes contaminados, por intermédio dos quais convocamos para serem observados no «écran» radioscópico as suas famílias ou outros co-habitantes.

Com o exame radioscópico a que sujeitámos os escolares de Beja, atingimos simultaneamente dois dos mais importantes pontos da luta encetada: o diagnóstico precoce da tuberculose infantil e a localização do foco de difusão do bacilo de Koch, na maioria dos casos familiar.

Nas casas de muitos alunos contaminados (doença ou infecção tuberculosa) encontrámos um ou mais indivíduos, que muitas vezes vêm constituindo, há longos anos, importantes e

perigosas fontes de bacilos de Koch. Nalgumas casas o principal foco bacilífero é considerado extinto pela família, devido ao falecimento recente ou remoto dum pai, irmão ou parente tuberculoso, mas, bem vistas as coisas, o foco nunca deixou de existir, estará, quando muito, ignorado ou no estado latente. A tosse e a expectoração do doente ou do moribundo, ajudadas pela ignorância e pela falta dos cuidados indispensáveis, perpetuam a bacilose na casa e na família, mercê da excelente sementeira de bacilos.

As provas de exame a que se devem sujeitar os indivíduos suspeitos, simples co-habitantes ou elementos da família dos alunos contaminados, não são sempre de fácil execução, devido à relutância em ser observados que se nota frequentemente, e neste sentido reagem quase todos.

São velhas e conhecidas as frases que lhes ouvimos: «não estou doente, sempre trabalhei, não preciso ser observado, etc.», o que não obstou a que em muitos destes indivíduos fôssemos encontrar extensas escavações parenquimatosas. Maior trabalho que o despendido para conseguir estas observações foi depois necessário para demonstrar que o suposto não devia andar havia muito tempo a semear bacilos de Koch.

Estes tuberculosos são sempre perigosos. A sua mentalidade e os fracos conhecimentos da população, com a sua desconfiança própria, salpicada muitas vezes de falsos conceitos, entram qualquer acção profiláctica ou mesmo terapêutica. A descrença completa na ciência, agentes infecciosos, meios de transmissão, etc., dificilmente permite acatar como boas e exactas as mais elementares determinações médico-higiênicas.

Todos os alunos que nas observações radioscópicas revelaram a existência de sinais patológicos ficaram em regime de vigilância, mais ou menos apertada conforme se tratava duma infecção ou duma doença tuberculosa.

A fim de se apreciar a estabilização dos sinais de infecção tuberculosa e, nos casos de doença tuberculosa, a sua marcha, evolutiva ou regressiva, foram tiradas películas radiográficas.

Baseados nestas provas e resultados das observações de conjunto, pudemos actuar terapêuticamente com eficiência prática e económica.

Em virtude de esta campanha ser particular e ter partido da nossa iniciativa, dominando-nos apenas o desejo de encaminhar tão importante como humanitário problema para uma solução

viável, e ainda desejosos de acompanhar de perto a nossa mocidade, resolvemos arcar com a responsabilidade do tratamento dos alunos contaminados e necessitados.

Iniciámos o tratamento destes doentes com os produtos farmacêuticos de que habitualmente dispomos. Chegámos a adquirir alguns nas farmácias locais, até que vários laboratórios do País: Sanitas, Lab, Sicla, Isis, Delta, Unitas, Saúde, Farmacológico, Andrómaco, Pasteur, Estácio, Barral, Celsus, Azevedos, Higiene, Biofarma, Alb e Atral, conhecedores dos nossos trabalhos e que espontâneamente quiseram cooperar neles, nos enviaram grandes quantidades dos seus produtos, normalmente empregados em doentes desta natureza.

Convém salientar que a contribuição valiosa destes laboratórios nos permitiu obter um arsenal terapêutico variado e completo, o que facilitou a eficiência dos tratamentos instituídos, não só pela qualidade dos produtos como pela grande variedade, o que nos foi útil para manter doentes de pouca idade em tratamento contínuo, durante meses seguidos, o que se fosse sempre com o mesmo medicamento ou especialidade tornaria esta actuação mais difícil.

Todos os pormenores revelados nos vários exames a que se sujeitaram os alunos contaminados foram apontados nas fichas pessoais, de que juntamos alguns duplicados para exemplificação, e as suas famílias convidadas a comparecer a fim de receberem indicações sobre os cuidados a seguir, além dos medicamentos necessários.

Os casos de doença tuberculosa foram imediatamente afastados do convívio social, dando-se conhecimento disso à Direcção Escolar. Idênticas medidas se tomaram perante determinados graus de astenia, etc.

Na selecção a que se procedeu no verão para enviar rapazes e raparigas do distrito de Beja para a Colónia de Férias à beira-mar, patrocinada pelo Governo Civil, consultaram-se as fichas respectivas, o que não impediu que se procedesse a nova observação clínica e radioscópica e à reacção à tuberculina, só tendo sido admitidos aqueles que se encontrassem em perfeitas condições de suportar com beneficio uma estadia à beira-mar.

Do relatório do médico dessa Colónia de Férias transcrevemos o seguinte periodo: ...«Todavia, durante a sua permanência nesta praia apenas tive ocasião de tratar de sete ou oito doentes de gastro-enterite benigna, dois de bronquite ligeira, o

que prova bem a evidência quanto foi eficiente o escrupuloso e são critério adoptado pelos clínicos de Beja na escolha dos pequenos colonos.»

Esta primeira Colónia Balnear Infantil do Governo Civil de Beja esteve instalada trinta dias na praia de Vila Nova de Milfontes.

Exceptuando três alunos cujo estado se mantém estacionário, verificámos nos restantes evolução favorável das suas lesões, inclusivamente em dois que apresentavam expectoração positiva, os quais a nosso conselho estão actualmente internados em sanatórios. A um destes foi necessário instituir a colapsoterápia.

Não temos por enquanto conhecimento de nenhum óbito por tuberculose nos nossos observados.

A abertura das aulas do presente ano lectivo força-nos a apressar a entrega deste pequeno relatório, que lamentamos não estar completo, mas, dada a complexidade e a interminável continuidade desta actuação e ainda do que há a fazer, não nos foi possível apresentá-lo como desejaríamos, visto estarmos muito longe da sua conclusão. Limitamo-nos por isso a descrever integralmente o que está feito e a indicar o que tencionamos executar se as circunstâncias no-lo permitirem.

Era nossa intenção iniciar este trabalho subdividindo os alunos examinados em dois grandes grupos: Tuberculino-reacção negativa e Tuberculino-reacção positiva, submetendo os do segundo grupo à observação radiológica.

A dificuldade em obter nessa ocasião a tuberculina necessária para empregar em tão larga escala, e a urgência que se impunha na observação minuciosa dos alunos, em virtude de se terem verificado alguns casos de lesões pulmonares em actividade, fizeram-nos começar pelos exames radiológicos, o que nos permitiu afastar imediatamente do convívio dos colegas os que para eles representavam perigo na propagação da doença, e assim dividimos os alunos nos grandes grupos seguintes:

1.º — Sem alterações radioscópicas pleuropulmonares.

2.º — Com alterações radioscópicas pleuropulmonares.

Alguns dos alunos incluídos no segundo grupo foram, conforme as indicações, submetidos a exame radiográfico e às análises laboratoriais aconselháveis: expectoração, velocidade de sedimentação, contagem de glóbulos e fórmulas hemoleucocitárias.

Os resultados destas observações em número de 1344 constam dos mapas anexos, referentes aos alunos do Liceu, das Escolas

Primárias Officiais da cidade de Beja, das Escolas Primárias Officiais de Vila de Frades, concelho de Vidigueira, da Creche e da Casa Pia de Beja e do Monte Alentejano — uma criação recente oficial, destinada à reeducação de rapazes, onde são ministrados ensinamentos de ordem agrícola.

Reservamos agora a prova da tuberculina só para os alunos que não apresentaram alterações radioscópicas pleuropulmonares, e tencionamos convidar a passar pelo «écran» radioscópico,» como já atrás referimos, as famílias e co-habitantes e todos os alunos com alterações radioscópicas pleuro-pulmonares e daqueles que sem as referidas alterações apresentarem reacção positiva à tuberculina, o que já iniciámos.

Igualmente tencionamos convidar a sujeitarem-se a idênticas observações todos os professores, vigilantes, etc., que de perto convivem com os nossos examinados.

Torna-se supérfluo insistir no perigo que representa para a criança o contacto dum professor ou vigilante bacilífero. Assim, ainda últimamente uma professora do Ensino Primário Oficial duma localidade afastada desta cidade, não aparentando estado de doença, foi por nós observada radioscòpicamente, averiguando-se então ser portadora de extensas lesões parenquimatosas em actividade, revelando a sua expectoração a presença de bacilos. Esta professora foi imediatamente internada em sanatório, e, segundo nos consta, o seu processo pulmonar está evoluccionando favoravelmente.

É assim que julgamos localizar nas famílias dos alunos os focos de origem, mananciais de bacilos, alguns porventura ignorados. A todos estes doentes pulmonares serão aconselhadas as medidas profilácticas e a urgência da necessidade do tratamento e ainda, conforme as suas condições económicas, a conveniência de se inscreverem no Dispensário da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Não tivemos a pretensão de fazer um trabalho científico, mas, sim, de ordem prática e de utilidade social. A nossa actuação é exclusivamente particular e pessoal...

Tornou-se-nos difícil esquematizar os resultados das observações feitas e mais difícil ainda escolher a classificação a adoptar.

É lógico que de 1344 observações de individuos dos quatro aos vinte anos de idade, a maioria das lesões encontradas fosse de primo-infecções nas suas várias modalidades e em muito menor número as outras formas.

Interessava-nos, como é natural, classificar em primeiro lugar os alunos contaminados segundo o aspecto evolutivo das suas lesões, e assim os agrupámos em Formas residuais (estabilizadas), Formas em regressão e Formas em actividade, deixando para segundo plano o critério anátomo-clínico e outras concepções de ordem patogénica.

Fica, portanto, explicando o motivo por que nos nossos mapas o mesmo estado anátomo-clínico aparece nos três grupos fundamentais, conforme o período radiologicamente verificado da sua evolução.

O desejo de simplificar ou esquematizar o resultado destas observações levou-nos, pois, a resumir-las nos mapas que se seguem, em que, mais uma vez o frisamos, apenas houve o critério de lhes dar uma feição prática, sacrificando os conhecimentos científicos actuais sobre classificação da tuberculose. Em resumo, delineámos os mapas segundo as lesões encontradas e não catalogámos estas em nenhum dos quadros das classificações mais usualmente seguidas, para não complicarmos a sua apreciação.

Não dispomos de foto-radioscopia em Beja e nem para aqui vimos discutir a sua vantagem ou desvantagem sob o método fundamental que empregámos — a radioscopia —.

Em cada ficha radioscópica, com uma imagem impressa, tipo usado na Assistência Nacional aos Tuberculosos, marcámos a encarnado as lesões encontradas, com um relatório sumário apenso, o que nos facilita extraordinariamente as nossas observações comparativas.

As vantagens da radioscopia na observação pulmonar infantil são para ponderar, segundo Simon e Redeker.

CONCLUSÕES

De 1344 alunos observados 86% não apresentaram alterações radioscópicas.

1,4% dos alunos observados apresentaram alterações radioscópicas extrapulmonares — áreas cardíacas de dimensões aumentadas à custa do ventrículo esquerdo, aerogastrias e aerocolias —.

Na totalidade, 12,4% apresentaram alterações radioscópicas pleuropulmonares, sendo 10,6% de alunos do sexo masculino e 14,6% de alunos do sexo feminino (percentagens relativas aos sexos).

7,06 % apresentaram sinais de formas residuais.

1,6 % apresentaram sinais de formas em regressão.

3,7 % apresentaram sinais de formas em actividade.

4,3 % apresentaram alterações radioscópicas pleuropulmonares ESQUERDAS.

7,9 % apresentaram alterações radioscópicas pleuropulmonares DIREITAS.

Destacamos que enquanto que a menor percentagem de alunos com alterações radioscópicas pleuropulmonares se encontrou no sexo masculino das Escolas Primárias Oficiais de Beja (7,8 %), a maior correspondeu ao sexo feminino da Creche de Beja (33,3 %).

Na totalidade das observações o sexo feminino (14,6 %) e a localização no hemitórax direito (7,9 %) alcançaram percentagens bem superiores às verificadas no sexo masculino (10,6 %) e nas localizações do hemitórax esquerdo (4,3 %).

Reconhecemos que de momento é impossível generalizar estas medidas profiláctico-curativas a toda a massa populacional com a rapidez que julgamos necessária para que a sua utilidade se faça sentir devidamente.

Mas não se poderiam pelo menos tornar extensivas e obrigatórias a todos os estabelecimentos escolares do País, como há cerca dum ano nos perguntou o Senhor Doutor Fernando Correia, então Inspector da Saúde Escolar ?

Julgamos que sim.

Sem interrompermos a vida clínica normal caminhamos para as duas mil observações.

Não nos vamos alongar em considerações de ordem técnica, mas, como é do conhecimento de todos, os aparelhos portáteis de Raio X, pelo seu fraco rendimento, pelas avarias mais frequentes e pelo pequeno número de observações radioscópicas diárias que com eles se poderiam efectuar, tornam inviável a hipótese de os serviços radiológicos se deslocarem a todos os recantos do País.

Pelo contrário, a vantagem da centralização destes serviços nas sedes dos distritos, pelas melhores condições de trabalho, rapidez de execução (grande número de observações diárias), requerendo uma reduzida «equipe» especializada, afigura-se-nos factor decisivo para optarmos por ela, mesmo ponderando as dificuldades e despesas para transportes de centenas e centenas de escolares.

Não há muito tempo lemos esta frase: «A saúde dum povo compra-se».

De resto, chamamos a atenção para a parte deste relatório que se refere às observações de 117 alunos das Escolas Officiais de Vila de Frades, povoação que dista desta cidade mais de trinta quilómetros.

Este critério a adoptar para os escolares não se poderia estender ás inspecções que anualmente se fazem aos manebos que são presentes às Juntas Militares?

Tambem julgamos que sim, e... era o início... depois... conforme as condições o permitissem, viria a generalização desejada e imprescindível para o eficaz combate ao grande flagelo que é a TUBERCULOSE.

Para dar sequência, continuidade e valor prático e real a este sistema de observações, é inútil tornar a frisar a imperiosa necessidade de promover o internamento dos doentes contagiosos: sanatórios distritais, sanatórios provinciais e hospícios.

Beja, Outubro de 1946

António Covas Lima

*Médico Radiologista e Médico do Dispensário
da Assistência Nacional aos Tuberculosos*

Flávio Santos

Médico Escolar do Liceu

Liceu de Beja
Observações radiológicas
SEXO MASCULINO
 1945-1946

	Sem alterações radioscópicas pleuropulmonares	{ Com reacção negativa à tuberculina. Com reacção positiva à tuberculina. - 179	179	
Com alterações radioscópicas pleuropulmonares	FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)	{ Primo-infecção Complexo primário calcificado	{ Foco ganglionar. Foco pulmonar Focos ganglionar e pulmonar	E-4 D-2 . . . 6 E-5 D-3 . . . 8 E-0 D-2 . . . 2	
			{ Localização pleural	{ Paquipleurite Scissurite Calcificada	E-1 D-1 . . . 2 E-0 D-1 . . . 1 E-0 D-0 . . . 0
				{ Primo-infecção Infiltrado precoce infraclavicular	{ E-0 D-0 . . . 0 E-1 D-1 . . . 2
		{ Primo-infecção <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black;"> { Com predomínio do foco ganglionar . . . Com predomínio do foco pulmonar </td> <td style="text-align: right; vertical-align: middle;"> E-0 . . 0 D-0 .. 0 E-0 D-0 </td> </tr> </table>			{ Com predomínio do foco ganglionar . . . Com predomínio do foco pulmonar
			{ Com predomínio do foco ganglionar . . . Com predomínio do foco pulmonar	E-0 . . 0 D-0 .. 0 E-0 D-0	
			{ Formas iniciais — Infiltrado precoce . . . <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black;"> { Não escavado Escavado. </td> <td style="text-align: right; vertical-align: middle;"> E-0 D-0 . . . 0 E-0 D-1 (a) . . . 1 </td> </tr> </table>	{ Não escavado Escavado.	E-0 D-0 . . . 0 E-0 D-1 (a) . . . 1
		{ Não escavado Escavado.		E-0 D-0 . . . 0 E-0 D-1 (a) . . . 1	
		{ Formas parenquimatosas <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black;"> { Fibroprodutiva Fibrocaseosa </td> <td style="text-align: right; vertical-align: middle;"> E-0 . . . 0 D-0 E-1 (b) . . . 1 D-0 </td> </tr> </table>	{ Fibroprodutiva Fibrocaseosa	E-0 . . . 0 D-0 E-1 (b) . . . 1 D-0	{ E-0 . . . 0 D-0 E-1 (b) . . . 1 D-0
			{ Fibroprodutiva Fibrocaseosa	E-0 . . . 0 D-0 E-1 (b) . . . 1 D-0	
		{ Pleurais <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black;"> { Grande cavidade Costomediastínica </td> <td style="text-align: right; vertical-align: middle;"> E-1 . . . 1 D-0 E-0 D-1 . . . 1 </td> </tr> </table>	{ Grande cavidade Costomediastínica	E-1 . . . 1 D-0 E-0 D-1 . . . 1	{ E-1 . . . 1 D-0 E-0 D-1 . . . 1
{ Grande cavidade Costomediastínica	E-1 . . . 1 D-0 E-0 D-1 . . . 1				

Um aluno com sinais do lobo da veia Azigos (lobo de Wrisberg) 1
 Dois alunos apresentavam a área cardíaca aumentada de volume à custa do ventrículo esquerdo. 1
 Dois alunos apresentaram sinais de acrogastria.
 (a) e (b) Análise de expectoração positiva.

Liceu de Beja
Observações radiológicas
SEXO FEMININO
1945-1946

		Sem alterações radioscópicas pleuropulmonares	{ Com reacção negativa à tuberculina. { Com reacção positiva à tuberculina. . . . .	. . . . . 120 120			
Com alterações radioscópicas pleuropulmonares	FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)	Complexo primário calcificado	{ Foco ganglionar { Foco pulmonar { Focos ganglionar e pulmonar.	E - 3 D - 1 . . . 4 E - 0 D - 3 . . . 3 E - 3 D - 1 . . . 4			
			Localização pleural	{ Paquipleurite { Scissurite. { Calcificada	E - 1 D - 1 . . . 2 E - 0 D - 2 . . . 2 E - 0 D - 0 . . . 0		
					E - 0 D - 0 . . . 0 E - 1 D - 1 . . . 2	15 2	
				E - 0 D - 0 . . . 0 E - 1 D - 1 . . . 2			
		FORMAS EM REGRESSÃO	Primo-infecção	Infiltrado precoce infraclavicular	{ Com predomínio do foco ganglionar. { Com predomínio do foco pulmonar.	E - 0 D - 0 . . . 0 E - 1 D - 1 . . . 2	
					Formas iniciais — Infiltrado precoce	{ Não escavado { Escavado	E - 0 D - 1 . . . 1 E - 0 D - 0 . . . 0
		FORMAS EM ACTIVIDADE	Formas parenquimatosas	{ Fibroprodutiva { Fibrocaseosa		{ Bilateral { E - 0 { E - 0	. . . 1 . . . 1
				Pleurais	{ Grande cavidade. { Costomediastínica	E - 0 D - 0 . . . 0 E - 0 D - 0 . . . 0	4

Três alunas apresentaram a área cardíaca aumentada de volume à custa do ventrículo esquerdo.
 Duas alunas apresentaram intensos sinais de aerogastria.
 Duas alunas apresentaram sinais de aerocolia.

Escolas Primárias Oficiais de Beja

Observações radiológicas

SEXO MASCULINO

1945-1946

	Sem alterações radioscópicas pleuropulmonares	Com reacção negativa à tuberculina . . .				
		Com reacção positiva à tuberculina . . .		889	389	
FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)	Complexo primário calcificado	Foco ganglionar	E - 1 D - 0	1		
		Foco pulmonar	E - 4 D - 6	10		
		Focos Ganglionar e Pulmonar	E - 1 D - 6	7		
	Localização pleural	Paquipleurite	E - 0 D - 0	0		
		Scissurite	E - 0 D - 2	2		
		Calcificada	E - 1 D - 0	1	21	
	FORMAS EM REGRESSÃO	Primo-infecção	E - 3 D - 5	8		
		Infiltrado precoce infraclavicular	E - 0 D - 0	0	8	
	FORMAS EM ACTIVIDADE	Primo-infecção	Com predomínio do foco ganglionar . . .	E - 1 D - 1	2	
			Com predomínio do foco pulmonar . . .	E - 0 D - 2	2	
Formas iniciais — Infiltrado precoce . . .		{ Não escavado	E - 0 D - 0	0		
		{ Escavado . . .	E - 0 D - 0	0		
Formas parenquimatosas		Fibroprodutiva	E - 0 D - 0	0		
		Fibrocaseosa	E - 0 D - 0	0		
Pleurais		Grande cavidade	E - 0 D - 0	0		
	Costomediastínica	E - 0 D - 0	0	4		

Um aluno apresentava a area cardíaca aumentada de volume à custa do ventrículo esquerdo.
Dois alunos apresentaram sinais de aerocolia.

Escolas Primárias Oficiais de Beja

Observações radiológicas

SEXO FEMININO

1945-1946

	Sem alterações radioscópicas Pleuropulmonares	Com reacção negativa à tuberculina.	E — 0 D — 4	. . . . . 4		
						Com reacção positiva à tuberculina.	E — 3 D — 4	. . . . . 7	318
Com alterações radioscópicas pleuropulmonares	FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)	Primo-infecção Complexo primário calcificado	Focos ganglionar e pulmonar	E — 4 D — 7 11	318	
			Localização pleural	Paquipleurite	E — 1 D — 0	 1
				Scissurite	E — 2 D — 2	 4
		Calcificada		E — 0 D — 0	. . . . . 0	
		FORMAS EM REGRESSÃO	Primo-infecção	E — 0 D — 3 3		27
			Infiltrado precoce infraclavicular	E — 0 D — 0 0			3
	Primo-infecção			Com predomínio do foco ganglionar	E — 0 D — 7 7	
				Com predomínio do foco pulmonar	E — 2 D — 8 10	
	FORMAS EM ACTIVIDADE	Formas iniciais	Infiltrado precoce	Não escavado	E — 0 D — 0 0	
				Escavado	E — 0 D — 0 0	
Formas parenquimatosas			Fibroprodutiva	E — 0 D — 0	. . . . . 0	
			Fibrocaseosa	E — 0 D — 0	. . . . . 0	
Pleurais			Grande cavidade	E — 0 D — 0	. . . . . 0	
	Costomediastínica		E — 0 D — 0	. . . . . 0		
					17		

Três alunas apresentavam a área cardíaca aumentada de volume à custa do ventrículo esquerdo.

Escolas Primárias Oficiais de Vila de Frades

Observações radiológicas

SEXO MASCULINO

1945-1946

	Sem alterações radioscópicas pleuropulmonares	{	Com reacção negativa à tuberculinn . . .	45	
			Com reacção positiva à tuberculina . . .	45	
FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)	Primo-infecção Complexo primário calcificado	{	Foco ganglionar	{ E - 0 D - 1 ... 1	
			Foco pulmonar	{ E - 1 D - 1 ... 2	
			Focos ganglionar e pulmonar	{ E - 0 D - 0 ... 0	
	Localização pleural	{	Paquipleurite	{ E - 0 D - 0 ... 0	
			Scissurite	{ E - 0 D - 2 ... 2	
			Calcificada	{ E - 0 D - 0 ... 0	
	FORMAS EM REGRESSÃO	{	Primo-infecção	{ E - 1 D - 1 ... 2	
			Infiltrado precoce infraclavicular	{ E - 0 D - 0 ... 0	
	FORMAS EM ACTIVIDADE	Primo-infecção	{	Com predomínio do foco ganglionar . . .	{ E - 0 D - 0 ... 0
				Com predomínio do foco pulmonar . . .	{ E - 0 D - 2 ... 2
Formas iniciais		{	Infiltrado precoce . . . { Não escavado	{ E - 0 D - 0 ... 0	
			Escavado . . .	{ E - 0 D - 0 ... 0	
Formas parenquimatosas		{	Fibroprodutiva	{ E - 0 D - 0 ... 0	
			Fibrocaseosa	{ E - 0 D - 0 ... 0	
Pleurais		{	Grande cavidade	{ E - 0 D - 0 ... 0	
			Costomediastínica	{ E - 0 D - 0 ... 0	

Escolas Primárias Officiais de Vila de Frades

Observações radiológicas

SEXO FEMININO

1945-1946

	Sem alterações radioscópicas pleuropulmonares	Com reacção negativa à tuberculina . . .		53	58	
		Com reacção positiva à tuberculina . . .				
FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)	Primo-infecção Complexo primário calcificado	Foco ganglionar	{ E - 0 D - 0	0	1	
		Foco pulmonar	{ E - 1 D - 0	1		
		Focos ganglionar e pulmonar	{ E - 0 D - 0	0		
	Localização Pleural	Paquipleurite	{ E - 0 D - 0	0		
		Scissurite	{ E - 0 D - 0	0		
		Calcificada	{ E - 0 D - 0	0		
	FORMAS EM REGRESSÃO	Primo-infecção	{ E - 0 D - 3	3		
		Infiltrado precoce infraclavicular	{ E - 0 D - 0	0		
	FORMAS EM ACTIVIDADE	Primo-infecção	Com predominio do foco ganglionar . . .	{ E - 2 D - 0		2
			Com predomfnio do foco pulmonar . . .	{ E - 0 D - 4		4
Formas iniciais		Infiltrado precoce . . .	Não escavado	{ E - 0 D - 0	0	
			Escavado . .	{ E - 0 D - 0	0	
Formas parenquimatosas		Fibroprodutiva	{ E - 0 D - 0	0		
		Fibrocaseosa	{ E - 0 D - 0	0		
Pleurais		Grande cavidade	{ E - 0 D - 0	0		
		Costomediastfínica	{ E - 0 D - 0	0		

Uma aluna apresentava a área cardíaca aumentada de volume à custa do ventrículo esquerdo.

Creche de Beja
Observações radiológicas

SEXO MASCULINO

1945-1946

Sem alterações radioscópicas pleuropulmonares	{		Com reacção negativa à tuberculina. . . . .	. . . . .	}		22	}	22	
			Com reacção positiva à tuberculina.							
FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)	{	Complexo primário calcificado	Primo-infecção	}	Foco ganglionar	E - 0	D - 0 0	}		
			Foco pulmonar		E - 0	D - 0	. . . . . 0			
			Focos ganglionar e pulmonar		E - 0	D - 0	. . . . . 0			
		Localização pleural	Paquipleurite	E - 0	D - 0	. . . . . 0	}			
			Scissurite	E - 0	D - 0	. . . . . 0				
			Calcificada	E - 0	D - 0	. . . . . 0				
FORMAS EM REGRESSÃO	{	Primo-infecção	}		E - 1	D - 0	. . . . . 1	}		
					E - 0	D - 0	. . . . . 0			
		Infiltrado precoce infraclavicular	}		E - 0	D - 0	. . . . . 0	}	1	
					E - 0	D - 2	. . . . . 2			
		FORMAS EM ACTIVIDADE	{	Primo-infecção	}	Com predomínio do foco ganglionar	E - 0	D - 2 2	}	
						Com predomínio do foco pulmonar	E - 0	D - 1	. . . . . 1	
Formas iniciais	-			Infiltrado precoce	}	Não escavado	E - 0	D - 0 0	}	
						Escavado	E - 0	D - 0	. . . . . 0	
Formas parenquimatosas	}			}	Fibroprodutiva	E - 0	D - 0 0	}		
					Fibrocásica	E - 0	D - 0	. . . . . 0		
Pleurais	}	}	Grande cavidade	E - 0	D - 0	. . . . . 0	}			
			Costomediastínica	E - 0	D - 0	. . . . . 0				
							3				

Creche de Beja
Observações radiológicas
SEXO FEMININO
1945-1946

Sem alterações radioscópicas pleuropulmonares	{	Com reacção negativa à tuberculina.	20			
		Com reacção positiva à tuberculina.	<u>20</u>			
FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)	{	Primo-infecção Complexo primário calcificado	Foco ganglionar	E - 0 D - 0 ... 0		
			Foco pulmonar	E - 0 D - 0 ... 0		
			Focos ganglionar e pulmonar	E - 0 D - 0 ... 0		
		Localização pleural	Paquipleurite	E - 0 D - 0 ... 0		
			Scissurite.	E - 0 D - 1 ... 1		
			Calcificada	E - 0 D - 0 ... 0		
				<u>1</u>		
		FORMAS EM REGRESSÃO	{	Primo-infecção	E - 0 D - 0 ... 0	
				Infiltrado precoce infraclavicular	E - 0 D - 0 ... 0	
		FORMAS EM ACTIVIDADE	{	Primo-infecção	Com predomínio do foco ganglionar	E - 1 D - 2 ... 3
Com predomínio do foco pulmonar	E - 2 D - 4 ... 6					
Formas iniciais	{			Infiltrado precoce	Não escavado	E - 0 D - 0 ... 0
					Escavado.	E - 0 D - 0 ... 0
Formas parenquimatosas	{			Fibroprodutiva	E - 0 D - 0 ... 0	
				Fibrocaseosa	E - 0 D - 0 ... 0	
				Grande cavidade	E - 0 D - 0 ... 0	
				Costomediastínica	E - 0 D - 0 ... 0	
Pleurais	{				<u>9</u>	
					<u>9</u>	

Uma aluna apresentava a área cardíaca aumentada de volume à custa do ventrículo esquerdo.

Casa Pia e Monte Alentejano

Observações radiológicas

SEXO MASCULINO

1945-1946

		Sem alterações radioscópicas pleuropulmonares	{	Com reacção negativa à tuberculina	-	30		
			{	Com reacção positiva à tuberculina			80	
Com alterações radioscópicas pleuropulmonares	FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)	Complexo primário calcificado	{	Foco ganglionar	{ E - 2 D - 0	... 2		
				Foco pulmonar	{ E - 1 D - 0	... 1		
				Focos ganglionar e pulmonar	{ E - 0 D - 1	... 1		
		Localização pleural	{	Paquipleurite	{ E - 0 D - 0	... 0		
				Scissurite	{ E - 1 D - 1	... 2		
				Calcificada	{ E - 0 D - 0	... 0		
	FORMAS EM REGRESSÃO	{	Primo-infecção	{ E - 0 D - 1	... 1			
			Infiltrado precoce infraclavicular	{ E - 0 D - 0	... 0	1		
			Primo-infecção	{	Com predomínio do foco ganglionar	{ E - 0 D - 0	... 0	
	Com predomínio do foco pulmonar	{ E - 1 D - 0			... 1			
	FORMAS EM ACTIVIDADE	Formas iniciais	— Infiltrado precoce	{	Não escavado	{ E - 0 D - 0	... 0	
					Escavado	{ E - 0 D - 0	... 0	
Formas parenquimatosas		{	Fibroprodutiva	{ E - 0 D - 0	... 0			
			Fibrocaseosa	{ E - 0 D - 0	... 0			
Pleurais		{	Grande cavidade	{ E - 0 D - 0	... 0			
	Costomediastínica		{ E - 0 D - 0	... 0	1			

Um aluno apresentava a área cardíaca aumentada de volume à custa do ventrículo esquerdo.

MAPA N.º 2

FORMAS RESIDUAIS

1344 observações

PRIMO-INFEÇÃO Complexo primário calcificado									LOCALIZAÇÃO PLEURAL														
Foco ganglionar				Foco pulmonar				Focos ganglionar e pulmonar				Paquipleurite				Scissurite				Calcificada			
Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
7	3	3	5	11	4	10	7	1	7	9	8	1	2	1	1	1	2	6	5	1			
10		8		15		17		8		17		3		2		3		11		1			
18				32				25				5				14				1			
				75												20							

MAPA N.º 3

FORMAS EM REGRESSÃO

1344 observações

Primo-infecção				Infiltrado precoce infraclavicular			
Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito	
M	F	M	F	M	F	M	F
5		7	6	1	1	1	1
5		13		2		2	
18				4			
22							

FORMAS EM ACTIVIDADE

1344 observações

Primo-infecção				Iniciais				Parenquimatosas				Pleurais			
Com predomínio do foco ganglionar		Com predomínio do foco pulmonar		Infiltrado precoce				Fibroproductiva		Fibrocaseosa		Grande cavidade		Costomediastínica	
Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	3	3	9	1	5	5	17							1	
4		12		6		22		2		BILATERAL FEMININA		1		1	
16				28				2				1			
44				2				2				2			

NOTAS — O infiltrado precoce direito masculino é escavado e a sua expectoração é positiva.
A forma fibrocaseosa tem expectoração positiva.

MAPA N.º 5

ALTERAÇÕES RADIOSCÓPICAS
PLEUROPULMONARES

1344 observações

FORMAS RESIDUAIS (estabilizadas)				FORMAS EM REGRESSÃO				FORMAS EM ACTIVIDADE							
Primo-infecção Complexo primário calcificado		Localização pleural		Primo-infecção		Infiltrado precoce infraclavicular		Primo-infecção		Iniciais		Parenquimatosas		Pleurais	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
41	84	10	10	12	6	2	2	10	34	1	1	1	1	2	
75		20		18		4		44		2		2		2	
95				22				50							

ALTEI
 P
 SERRA
 ADIF

FORMAS EN R		FORMAS RESIDUAIS (catalizadas)			
Primo-interceto		Localização geral		Primo-interceto Complexo primário catalizado	
		M	F	M	F
12	8	10	10	84	41
18		30		15	
22		95			

ALTERAÇÕES PLEUROPULMONARES

Observações de 1344 alunos

Estabelecimentos observados	Formas residuais																Formas em regressão								Formas em actividade								TOTAIS								Totais gerais								
	Esquerdo		Direito		Totais		Total	Esquerdo		Direito		Totais		Total	Esquerdo		Direito		Totais		Total	Esquerdo		Direito		Esquerdo	Direito																						
	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F		M	F	M	F			M	F																				
Sexos	M	F	M	F	M	F	Total	M	F	M	F	M	F	Total	M	F	M	F	M	F	Total	M	F	M	F	Esquerdo	Direito																						
Liceu	10	7	9	8	19	15	34	1	1	1	1	2	2	4	2	1	2	2	4	3	7	13	9	12	11	22 6,35%	23 6,64%	45 (a)																					
Escolas de Beja	7	10	14	17	21	27	48	3		5	3	8	3	11	1	2	3	15	4	17	21	11	12	22	35	23 2,9%	57 7,1%	80																					
Escolas de Vila de Frades	1	1	4		5	1	6	1		1	3	2	3	5		2	2	4	2	6	8	2	3	7	7	5 4,2%	14 11,9%	19																					
Creche de Beja				1		1	1	1				1		1		3	3	6	3	9	12	1	3	3	7	4 7,1%	10 17,8%	14																					
Casa Pia e M. Alentejano	4		2		6		6			1		1		1	1				1		1	5		3		5 13,4%	3 7,8%	8																					
TOTAIS	22	18	29	26	51	44	95	6	1	8	7	14	8	22	4	8	10	27	14	35	49	32	27	47	60	50 4,3%	107 7,9%	167																					
	40		55		95			7		15		22			12		37		49			59		107																									
								95 7,06%							22 1,6%							50 3,7%							Incluindo uma aluna bilateral							167 Incluindo uma aluna bilateral							167 Incluindo uma aluna bilateral						
															167 12,4%																																		

(a) - Aluna bilateral

MAPA N.º 7

Escolas observadas	Sem alterações radioscópicas 1156			Com alterações radioscópicas extrapulmonares 20			Com alterações radioscópicas pleuropulmonares 167			Número de observações: 1344		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
Sexos												
<i>Liceu de Beja</i>	175 85,3 %	118 80,1 %	288 83,2 %	4 1,9 %	7 4,9 %	11 3,1 %	25 12,1 %	21 14,8 %	46 18,2 %	205 (a)	141	346
<i>Escolas Oficiais de Beja</i>	386 91,4 %	315 86,3 %	701 89 %	3 0,71 %	3 0,82 %	6 0,76 %	33 7,8 %	47 12,8 %	80 10,1 %	422	365	787
<i>Escolas de Vila de Frades</i>	45 83,3 %	52 82,5 %	97 82,9 %		1 1,58 %	1 0,85 %	9 16,6 %	10 15,8 %	19 16,2 %	54	63	117
<i>Creche de Beja</i>	22 84,6 %	19 63,3 %	41 73,2 %		1 3,33 %	1 1,7 %	4 15,3 %	10 33,3 %	14 25 %	26	30	56
<i>Casa Pia de Beja</i>	23 76,6 %		23 76,6 %	1 3,33 %		1 3,33 %	6 20 %		6 20 %	30		30
<i>Monte Alentejano</i>	6 75 %		6 75 %				2 25 %		2 25 %	8		8
TOTAIS	657 88,1 %	499 83,3 %	1156 86 %	8 1,07 %	12 2 %	20 1,4 %	79 10,6 %	88 14,6 %	167 12,4 %	745 (a)	599	1344

(a) Incli-se neste número o aluno do lobo da veia de Azigos.

Cursos de aperfeiçoamento em tisiologia no Sanatório Popular de Lisboa

Por indicação do Ex.^{mo} Snr. Sub-Secretário do Estado de Assistência, organizou o Director do nosso Instituto, um curso de aperfeiçoamento de tisiologia que teve lugar pela 1.^a vez no passado mês de Fevereiro, no Sanatório Popular de Lisboa e de que foram encarregados os Drs. José Rocheta e Nunes d'Almeida, médicos-cirurgiões do mesmo Sanatório.

A idéia mestra que vertebrou aquele, foi o desejo de dar o panorama geral teórico da tuberculose nos seus variados aspectos, desde a posição que esta doença ocupa no quadro geral das doenças infecto-contagiosas até ao estado actual da luta contra a tuberculose no nosso país. Para tanto foram feitas 16 palestras por meio das quais se focaram os principais aspectos da doença, etiológico, patogénico, clínico, terapeutico e epidemiológico, vincando particularmente em qualquer deles os últimos progressos adquiridos para a especialidade.

Procurou-se assim fazer uma mise-au-point tão completa quanto possível, de modo a dar ao prático e que por várias razões não pode estar perfeitamente ao facto de tudo quanto se escreve sobre estes problemas, uma noção clara e total do assunto. Além deste aspecto teórico o curso teve também um aspecto prático que se traduziu pela realização de numerosas intervenções cirúrgicas empregadas para a cura da tuberculose pulmonar, não esquecendo a análise interpretativa de imensos films radiográficos do tórax que diziam respeito não só aos doentes a operar e operados mas também de doentes dos serviços médicos. A duração total do curso foi de 4 semanas, no fim das quais houve ainda uma visita ao Sanatório do Outão, onde

o seu Director Dr. Mendes Dardio fez uma palestra final sobre tuberculose óssea com apresentação de casos clínicos.

O curso que não teve preocupações reclamatórias, foi feito apenas com a mira nos numerosos médicos que fazem parte do corpo clínico do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos e que como médicos-Directores ou sub-Directores estão à frente dos Dispensários que este possui dispersos por todo o país, mas que pela própria condição em que trabalham, não podem dedicar-se completamente a todos os problemas da tisiologia. Deste modo e em primeiro lugar aquele teve, antes de mais nada, um escopo informativo de maneira a que o pessoal clínico não sinta nem acuse atrasos nos seus conhecimentos e depois uma finalidade de sistematização dos mesmos. É evidente a vantagem de tais propositos e os beneficios que uma Instituição como esta que servimos, pode tirar de cursos como o que acabou de realizar-se; não é só o convívio amigavel e fraterno de praticantes do mesmo officio, mas é principalmente o que representa no esforço de melhoria técnica de todos os componentes da mesma. Só assim, de resto, se poderá dquirir aquele minimo de unidade de conhecimentos que permitirá depois uma livre troca de impressões sem o que, a linguagem do sul não poderá ser nunca compreendida no norte. Ora a Assistência Nacional aos Tuberculosos, é preciso não o esquecer, é entre nós o núcleo mais numeroso de tisiólogos e além disso constituindo o organismo official encarregado da luta contra a tuberculose no nosso país, não podia na verdade viver como tem vivido praticamente isolado uns dos outros e entre si.

Mas além disso e como condição primordial, é absolutamente indispensável que o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, seja alguma coisa mais do que um simples agregado de funcionários com mais ou menos zêlo e alguma proficiência, por que só isto, é falsear totalmente a função em que está investido. Porque é preciso não o esquecer; creado e orientado num sentido social, como poderá compreender-se o seu papel efectivo se os técnicos que dele fizerem parte não estiverem perfeitamente à altura da sua tarefa? Não basta por isso, para cumprir integralmente o seu papel social, aumentar o número de camas para nelas recolher o maior número de doentes. Se assim fosse, o Instituto não passaria dum agregado de Misericórdias e Hospícios, vasto talvez e mesmo belo pelo espirito, mas perfeitamente inactivo em face do problema da doença que não pode resolver-se

só pela caridade. Não, o Instituto de Assistência tem de viver de facto de modo a cumprir com verdade a sua missão que é não só a defeza contra a doença que pela própria essência da palavra é um papel em grande parte passivo, mas ainda de ataque contra a mesma, quer dizer essencialmente activo. Por isso ao lado da construção dos diferentes elementos que constituem o armamento anti-tuberculoso dirigidos por médicos sabedores, há que não esquecer a criação de um ou dois centros particularmente apetrechados para o estudo mais detalhado e mais cabal dos problemas clínicos da tisiologia, de maneira a permitir que o Instituto possa fazer escola ou pelo menos tenha opinião própria. Tal circunstância não é de resto intromissão no papel da Universidade que essa tem por função essencial a investigação científica e a difusão dos conhecimentos; não há portanto nem de longe o intuito de usurpar funções, perfeitamente definidas, indispensáveis e indiscutíveis, como algum espírito mais mesquinho e tendencioso, quizesse malèvolamente sugerir — nem em ciência se pode admitir tal idéia — mas apenas o de cumprir o melhor possível o papel que deve desempenhar. Mesmo que por lei já lhe não fosse reconhecido o encargo da investigação científica, o aspecto que aqui queremos particularmente focar é o de que o Instituto não pode exercer cabalmente o seu papel social de assistência aos tuberculosos do nosso país, se os médicos que fizerem parte dos seus quadros, não forem bons clínicos. Ora a clínica não é só arte; é ciência essencialmente e esta não se aprende sem um determinado método e uma determinada técnica. Por isso mesmo acentuamos a necessidade de estabelecer um ou dois centros de Estudos de Tisiologia particularmente bem apetrechados para a resolução therapeutica de certos problemas clínicos mais espinhosos e que seriam ao mesmo tempo e até já só por esta função, centros de estudo, de investigação e de cursos de aperfeiçoamento.

Mas expliquemos antes, um pouco melhor, este conceito. Convém para dignidade da nossa própria função que se organize, ou melhor, se amplifique o papel que pouco a pouco se tem desenvolvido no Sanatório Popular de Lisboa. De facto este Sanatório constitue hoje — dentro da sua modestia — um sanatório onde se pode realizar com certo decoro o curso a que acabamos de fazer referência. E porquê? Porque dentro da sua limitação já dispõe daqueles meios mínimos para realizar certos aspectos da therapêutica cirúrgica anti-tuberculosa e de certo apetrecha-

mento material para o estudo cabal dos seus doentes. Sem isso o Sanatório continuaria aviver a vida vegetativa das coisas abandonadas.

Mas não podemos ficar por aqui naturalmente, pois dentro das coisas mínimas ainda o quadro não está completo. É preciso que a actividade deste Cento e de mais algum que venha a criar-se, tenha de facto, tanto quanto possível uma actividade creadora onde não só se possam resolver os casos mais árduos da clínica tisiológica como ainda dar-lhe possibilidades para o progresso da mesma; fazer de resto numa palavra o que fazem algumas instituições congéneres estrangeiras que tem certos Sanatórios dispostos de maneira a tratar aqueles casos mais delicados e que só uma especialização muito exigente e cuidadosa resolve prática e teoricamente. Formar-se-ia assim um verdadeiro Centro não só de aglutinação de todo o corpo clínico do Instituto mas ainda de formação de novos especialistas como também aquele, por disposição da Ordem dos Médicos, está encarregado. Sob este aspecto de resto nenhum organismo como o nosso está mais completamente dotado, pois possui todos aqueles elementos de que consta a luta contra o morbo — Dispensários-Perventórios — Sanatórios de Planície, de altitude e marítimos. Tenhamos por isso esperança na boa vontade do Governo, que interessado como está na melhor resolução do ataque à doença, não deixará de concordar com este ponto de vista.

O curso que se realizou em Fevereiro, vai repetir-se em Maio para outro grupo de clínicos da mesma A. N. T., até que todos os componentes da mesma o tenham frequentado. O sumário das 16 palestras é como segue:

LIÇÃO I

Conceito e posição da tuberculose no quadro geral das doenças infecciosas.

LIÇÃO II

Bacilos de Koch — Considerações históricas — Generalidades — Caracteres gerais morfo-patológicas e de colorabilidade — Tipos e variedades — Caracteres especí-

ficos — Toxinas — Tuberculinas — Reacções — Seu valor diagnóstico — Formas filtráveis — Culturas — B. C. G. seu valor.

LIÇÃO III

Vias de infecção tuberculosa. Reacção do organismo em face do bacilo de Koch, na primo-infecção e na reinfecção. Fenómeno de Koch. Alergia e imunidade. Constituição, diposição e condições individuais.

LIÇÃO IV

Periodos de Ranke — Período primário — Secundário — Discussão — Caracteres — Primo-infecção — Características — Variedades — Aspectos radiológicos e clínicos — Sua evolução normal e Atípica — Complicações — Disseminação precoce — Tuberculose miliar, aguda e crónica.

LIÇÃO V

Tuberculose terciária pulmonar; seu início, sede e mecanismo de aparecimento. Anatomia patológica e classificação.

LIÇÃO VI

Cavernas em geral = Importância clínica — tipos — variedades — localização — prognóstico — sintomatologia — processos de cicatrização.

Formas pneumônicas e Bronco-pneumônicas — Aspecto anátomo-patológico — e clínico — tratamento.

LIÇÃO VII

Processos pleurais: Patogenia, clínica e terapêutica.
Processos brônquicos: seu diagnóstico e tratamento.

LIÇÃO VIII

Diagnóstico da T. B. — Diagnóstico funcional — físico — laboratorial — radiológico — valor de cada um dos métodos — discussão.

LIÇÃO IX

Terapêutica geral da tuberculose, sintomática e tônico-reconstituente. Tuberculina, sais de ouro e estreptomina. O Sanatório: seu papel e importância.

LIÇÃO X

Colapsoterapia em geral — Fundamentos — Tipos — ação do colapso no pulmão normal — sobre o pulmão doente — bases fisiológicas e indicações gerais.

LIÇÃO XI

O pneumotorax; uni e bilateral. Indicações e técnica. Complicações e seu tratamento. Intervenção de Jacobaeus.

LIÇÃO XII

Frenicectomia — Fundamentos — Indicações — Técnica — Resultados — Complicações imediatas e tardias.

LIÇÃO XIII

Toracoplastia; Técnica e indicações.
Lobectomias — Indicações e Resultados.

LIÇÃO XIV

Tratamentos combinados — Interesse terapêutico — Fundamentos — Frenicectomia e pneumotorax — Frenicectomia e pneumoperitoneu. — Toracoplastia e pneumo contra-lateral Pneumotorax e toracoplastia alta homo-lateral, etc.

LIÇÃO XV

Epidemiologia da tuberculose.

LIÇÃO XVI

Luta anti-tuberculosa no nosso paiz e conclusões finais.

Movimento referido a cada Sanatório

I — Tuberculose pulmonar

Sanatório Souza Martins

Doentes existentes em 1-1-1946	178	16	6	178
Doentes admitidos durante o ano	171	64	2	237
Total dos doentes tratados	349	120	8	477
Doentes falecidos durante o ano	140	20	7	167
Doentes internados em 31-12-1946	130	15	1	146

Estado dos doentes à entrada

Com lesões pulmonares	178	Doentes	178	100
		Com lesões	178	100
		Com lesões	178	100
		Com lesões	178	100
Com lesões tuberculosas	178	Com lesões	178	100
		Com lesões	178	100
		Com lesões	178	100
		Com lesões	178	100

Doentes internados em 31-12-1946	130	15	1	146
----------------------------------	-----	----	---	-----

Movimento Geral dos Sanatórios em 1946

Doentes existentes em 1-1-1946	387	383	390	1.160
Doentes admitidos durante o ano	634	488	175	1.297
Total dos doentes tratados	1.021	871	565	2.457
Saíram durante o ano	607	484	171	1.262
Ficaram internados em 31-12-1946	414	387	394	1.195

Movimento referido a cada Sanatório

I — Tuberculose pulmonar

Sanatório Sousa Martins

Doentes existentes em 1-1-1946	109	64	6	179
Doentes admitidos durante o ano	171	64	2	237
Total dos doentes tratados	280	128	8	416
Saíram durante o ano	160	70	7	237
Ficaram internados em 31-12-1946	120	58	1	179

Estado dos doentes à entrada:

Com lesões unilaterais	87	Cavit.	c/b.	25
			s/b.	21
		N/ cavit. ...	c/b.	4
			s/b.	37
Com lesões bilaterais	143	Cavit. unilat.	c/b.	28
			s/b.	19
		Cavit. bilat.	c/b.	49
			s/b.	7
		Sem cavidade	c/b.	4
			s/b.	36
Formas latentes				7

Doentes distribuídos segundo o tratamento:

Pneumotórax	136
(Número de insuflações)	(3.253)
Sais de oiro	3
Frenicectomias	6
Operação de Jacobaeus	18
Toracoplastia	12
Tratamento geral não activo	237
Pneumotórax e frenicectomias	1
» » operação de Jacobaeus	1
» » toracoplastia	1
Frenicectomia e pneumo-peritoneo	1
	<hr/>
	416

Estado dos doentes à saída:

Em cura clínica	60
Melhorados	94
Estacionários	41
Piorados	27
Falecidos	15
	<hr/>
	237

Sanatório Popular de Lisboa

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-1946	8	162	7	177
Doentes admitidos durante o ano	95	257	9	361
Total dos doentes tratados	103	419	16	538
Sairam durante o ano	97	263	7	367
Ficaram internados em 31-12-1946	6	156	9	171

Estado dos doentes à entrada:

Com lesões unilaterais	163	Cavit.	c/b.	83	
			s/b.	29	
			N/ cavit. ...	c/b.	4
				s/b.	47
Com lesões bilaterais	191	Cavit. unilat.	c/b.	72	
			s/b.	28	
		Cavit. bilat.	c/b.	50	
			s/b.	5	
		Sem cavidade	c/b.	10	
			s/b.	26	
Formas latentes				7	

Doentes distribuídos segundo o tratamento:

Pneumotórax	116
(Número de insuflacções)	1.153
Sais de oiro	5
Frenicectomias	14
Operação de Jacobaeus	45
Tratamento geral não activo	229
Pneumo-extra-pleural	2
Pneumo-peritoneo	9
Ress. do segmento ant. da 3. ^a costela	1
» » trajecto fistuloso	1
Drenagem de empiema	2
Pneumotórax e sais de oiro	2
» » operação de Jacobaeus	69
» » toracoplastia	4
» » frenicetomia	4
Pneumo-peritoneo e frenicetomia	1
» » » toracoplastia	1
Toracoplastia	33
	<hr/>
	538

Estado dos doentes à saída:

Em cura clínica	46
Melhorados	143
Estacionários	108
Piorados	48
Falecidos	22
	<hr/>
	367

Sanatório Dr. João de Almada (Funchal)

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-1946	52	51	4	107
Doentes admitidos durante o ano	64	70	7	141
Total dos doentes tratados	116	121	11	248
Sairam durante o ano	65	66	9	140
Ficaram internados em 31-12-1946	51	55	2	108

Estado dos doentes à entrada:

Com lesões unilaterais	88	Cavit.	c/b.	35
			s/b.	—
		N/ cavit. ...	c/b.	11
			s/b.	42
Com lesões bilaterais	53	Cavit. unilat.	c/b.	27
			s/b.	—
		Cavit. bilat.	c/b.	6
			s/b.	—
		Sem cavidade	c/b.	16
			s/b.	4
				141

Doentes distribuidos segundo o tratamento:

Pneumotórax	74
(Número de insuflacções)	1.435
Sais de oiro	78
Frenicectomias	2
Tratamento geral não activo	71
Pneumotórax e sais de oiro	23
248	

Estado dos doentes à saída:

Em cura clínica	20
Melhorados	55
Estacionários	36
Piorados	12
Falecidos	17
140	

Sanatório Distrital de Viseu

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-1946	—	—	—	—
Doentes admitidos durante o ano	12	15	—	27
Total dos doentes tratados	12	15	—	27
Saíram durante o ano	1	3	—	4
Ficaram internados em 31-12-1946	11	12	—	23

Estado dos doentes à entrada:

Com lesões unilaterais	6	{	Cavit.	c/b.	1
				s/b.	1
			N/ cavit. ...	c/b.	—
				s/b.	4
Com lesões bilaterais	20	{	Cavit. unilat.	c/b.	6
				s/b.	3
			Cavit. bilat.	c/b.	4
				s/b.	—
			Sem cavidade	c/b.	1
				s/b.	6
Formas latentes					1
					27

Doentes distribuídos segundo o tratamento:

Pneumotórax	13
(Número de insuflações)	98
Tratamento geral não activo	14
27	

Estado dos doentes à saída:

Estacionários	3
Falecidos	1
4	

Pavilhão-Sanatório Dr. Antonino Vaz de Macedo (Covilhã)

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-1946	15	11	—	26
Doentes admitidos durante o ano	21	16	1	38
Total dos doentes tratados	36	27	1	64
Saíram durante o ano	25	18	1	44
Ficaram internados em 31-12-1946	11	9	—	20

Estado dos doentes à entrada:

Com lesões unilaterais	19	{	Cavit.	c/b.	12
				s/b.	2
			N/ cavit. ...	c/b.	1
				s/b.	4
Com lesões bilaterais	19	{	Cavit. unilat.	c/b.	9
				s/b.	—
			Cavit. bilat.	c/b.	8
				s/b.	—
			Sem cavidade	c/b.	2
				s/b.	—

Doentes distribuídos segundo o tratamento:

Pneumotórax	24
(Número de insuflações)	(325)
Sais de ouro	6
Tratamento geral não activo	30
Pneumotórax e sais de ouro	4
	<hr/>
	64

Estado dos doentes à saída:

Em cura clínica	11
Melhorados	18
Estacionários	5
Piorados	3
Falecidos	7
	<hr/>
	44

Sanatório Dr. Rodrigues de Gusmão (Portalegre)

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-194	28	32	—	60
Doentes admitidos durante o ano	21	26	—	47
Total dos doentes tratados	49	58	—	107
Saíram durante o ano	21	30	—	51
Ficaram internados em 31-12-4	28	28	—	56

Estado dos doentes à entrada:

Com lesões unilaterais	17	}	Cavit.	{ c/b.	5
			s/b.	2	
		}	N/ cavit. ...	{ c/b.	2
			s/b.	8	
Com lesões bilaterais	28	}	Cavit. unilat.	{ c/b.	14
				s/b.	2
			Cavit. bilat.	{ c/b.	6
				s/b.	1
Sem cavidade	{ c/b.	3			
	s/b.	2			
Formas latentes					2

47

Doentes distribuídos segundo o tratamento:

Pneumotórax	41
(Número de insuflações)	(375)
Sais de ouro	2
Tratamento geral não activo	52
» associados	12
	<hr/>
	107

Estado dos doentes à saída:

Em cura clínica	10
Melhorados	11
Estacionários	14
Piorados	5
Falecidos	11
	<hr/>
	51

Hospital-Sanatório da Ajuda

	H	M	C	Tota
Doentes existentes em 1-1-1946	94	—	11	105
Doentes admitidos durante o ano	218	—	16	234
Total dos doentes tratados	312	—	27	339
Saíram durante o ano	210	—	16	226
Ficaram internados em 31-12-1946	102	—	11	113

Estado dos doentes à entrada

Com lesões unilaterais	57	{	Cavit.	{ c/b.	13
				{ s/b.	13
			N/ cavit. ...	{ c/b.	9
				{ s/b.	22
Com lesões bilaterais	157	{	Cavit. unilat.	{ c/b.	30
				{ s/b.	19
			Cavit. bilat.	{ c/b.	60
				{ s/b.	11
Formas latentes		{	Sem cavidade	{ c/b.	19
				{ s/b.	18
					20
					<hr/>
					234

Doentes distribuídos segundo o tratamento:

Pneumotórax	107
(Número de insuflacções)	770
Sais de oiro	3
Operação de Jacobaeus	4
Toracoplastia	1
Tratamento geral não activo	222
Drenagem cav. pleural	1
Pneumo extra-pleural	1
	<hr/>
	339

Estado dos doentes à saída:

Em cura clínica	13
Melhorados	76
Estacionários	68
Piorados	43
Falecidos	26
	<hr/>
	226

II — Tuberculose osteo-articular**Sanatório Marítimo do Outão**

	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-1946	37	300	337
Doentes admitidos durante o ano	28	121	149
Total dos doentes tratados	65	421	486
Saíram durante o ano	24	118	142
Ficaram internados em 31-12-1946	41	303	344

Estado dos doentes à saída:

Em cura clínica	103
Melhorados	26
Estacionários	3
Piorados	5
Falecidos	5
	<hr/>
	142

Sanatório Marítimo Dr. José de Almeida (Carcavelos)

	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-1946	24	62	86
Doentes admitidos durante o ano	12	19	31
Total dos doentes tratados	36	81	117
Sairam durante o ano	8	13	21
Ficaram internados em 31-12-1946	28	68	96

Estado dos doentes à saída:

Em cura clínica	4
Melhorados	13
Estacionários	4
	<hr/>
	21

Sanatório Marítimo da Gelfa

	H
Doentes existentes em 1-1-1946	83
Doentes admitidos durante o ano	32
Total dos doentes tratados	115
Saíram durante o ano	30
Ficaram internados em 31-12-1946	85

Estado dos doentes à saída

Em cura clínica	6
Melhorados	13
Estacionários	2
Piorados	4
Falecidos	5
	<hr/>
	30

PREVENTÓRIO

Crianças internados em 1-1-1946	75
Entraram durante o ano	25
Saíram durante o ano	37
Ficaram internadas em 31-12-1946	63

DISPENSÁRIOS

Enquanto não for completa a rede dos Dispensários e os que já existem não estiverem devidamente preparados para o cabal desempenho da sua missão, os elementos de estatística que nos são fornecidos por estes estabelecimentos servem mais para aquilatar do maior ou menor esforço dispendido em cada um, ou da mais ou menos perfeita compreensão que o pessoal terá das importantes funções que lhe estão cometidas, do que para nos informar com exactidão acerca da morbilidade da tuberculose nas respectivas áreas onde exercem a sua actividade.

Assim é que embora o índice de frequência dos Dispensários tenha melhorado de 1944 para cá, subindo de 9,6 por 1.000 habitantes, nesse ano, para 10,54 em 1945 e 11,17 em 1946, a concorrência de novos examinados, há que confessá-lo, está longe de ser elevada. Os Dispensários ainda não conhecem a população que têm a seu cargo.

Em Lisboa, continua mesmo a verificar-se que o índice de frequência baixou, designadamente nos Dispensários "Dr. A. de Lancastre" e "D. Amelia", tendo um e outro ficado neste ano de 1946 bastante distanciados dos dois restantes, "Dr. A. de Azevedo" e "Dr. Lopo de Carvalho (Pai)".

Pode mesmo, duma maneira geral, afirmar-se que são os Dispensários chamados de grande movimento, incluídos, portanto, os do Porto, os que marcam as menores percentagens de novos examinados.

Nestas condições, a acção preventiva anti-tuberculosa que é obra dos Dispensários, o diagnóstico precoce e a localização da fonte de contágio que são as pedras angulares da profilaxia, não-de naturalmente ressentir-se deste afrouxamento lamentável.

Foi de 34.851 o número de indivíduos que recorreram pela primeira vez aos nossos Dispensários em 1946, sendo 31.565 na Província e 3.286 em Lisboa.

Relativamente aos últimos cinco anos a frequência desses novos examinados traduz-se pelas seguintes percentagens:

Ano	Província	Lisboa	Pais
1942	13,66	8,33	12,34
1943	12,07	5,49	10,46
1944	11,21	4,69	9,61
1945	12,91	4,63	10,54
1946	13,33	4,37	11,17
Média	12,64	5,51	10,82

Vê-se que, em relação à área que os Dispensários servem ou devem servir, aqueles 34.851 novos examinados representam apenas 11,17 da população.

Mais vazios de sentido são alguns números que certos Dispensários fornecem referentes à percentagem dos novos examinados que ficam inscritos por profilaxia.

Aqui os critérios (se assim lhes devemos chamar) variam por forma estravagante, pois se há quem inscreva 90,3% dos seus 972 novos examinados, em 1946, há também quem não tenha certamente encontrado motivo para inscrever *por profilaxia um só* dos 288 que pela primeira vez viu durante o ano.

E o caso é que também os não encontramos no rol dos *inscritos por doença*, visto que só 4,2% foram encontrados em condições de figurarem nesse número.

Outros, tendo examinado pela primeira vez 9.701 indivíduos, puderam verificar que não existia razão para inscrever nem por profilaxia, nem por doença 9.353.

Se tudo está certo, se tão poucos são os doentes e menos ainda os que precisam de ser vigiados, é caso para regosijo.

Sómente há ainda Dispensários cujos novos examinados ficaram *todos* inscritos por doença ou por profilaxia.

Duma forma ou de outra, os 34.851 novos examinados ficaram assim distribuídos no conjunto dos Dispensários.

Por profilaxia

Na Província	Em Lisboa	Total
15,4 %	19,3 %	15,8 %

Por doença

Na Provincia	Em Lisboa	Total
11,1 0/0	34,3 0/0	13,3 0/0

Não ficaram inscritos

Na Provincia	Em Lisboa	Total
73,5 0/0	46,4 0/0	71 0/0

Foram 58 os Dispensários em funcionamento durante o ano, visto que o da Anadia esteve encerrado em 1946.

A sua actividade, deve no entanto dizer-se, melhorou sensivelmente, como se pode verificar pelos números seguintes, postos em confronto com os do ano anterior:

	1945	1946
Novos examinados	32.980	34.851
Consultas	128.489	138.138
Radioscopias	44.438	54.419
Injecções	169.723	183.984
Formulas medicamentais	211.162	214.653
Visitas domiciliarias	29.656	29.514
Pnx { Doentes tratados	1.495	2.053
{ Insuflações	20.687	26.863

Relativamente a cada Dispensário, a sua actividade médico-social pode ser apreciada pelo mapa que a seguir publicamos.



...da ...
...da ...
...da ...

Vida financeira

Total	Em Lisboa	No Provença
1000	400	600
1000	400	600

...da ...
...da ...
...da ...

...da ...
...da ...
...da ...

...da ...
...da ...
...da ...

...da ...
...da ...
...da ...



SITUAÇÃO FINANCEIRA

Conta da gerência do ano económico de 1946

RECEITA LIQUIDADADA

Rendimentos de bens próprios

Juros	12.523\$12	
Rendas de prédios rústicos e urbanos:		
Prédios urbanos	24.607\$00	
Chalets do Sanatório Sousa Martins	66.173\$00	

Auxílios do Estado e de Corpos Administrativos

Auxílios do Estado	9.178.113\$00	
Auxílios de Corpos Administrativos:		
Receita consignada no § 1.º do Artigo 15.º do Decreto-lei n.º 23.847 de 14-5-1934 à construção e manutenção de um Pavilhão para tuberculosos na Madeira	833.943\$23	
Subsídios de Corpos Administrativos para o auxílio das despesas de manutenção dos Dispensários anti-tuberculosos	44.700\$00	

Reposições, reembolsos e outras receitas

Tratamento de pensionistas e porcionistas	2.853.231\$70	
Rendimento das cercas	46.286\$90	
Rendimento dos laboratórios	14.143\$60	
Rendimento dos Raios X e agentes físicos.....	204.099\$90	
Juros dos depósitos na Caixa Económica Portuguesa	11.593\$60	
Produto da Semana da Tuberculose	569.264\$65	
Quotas de sócios	52.149\$87	
Donativos diversos	21.803\$90	
Produto da venda do selo anti-tuberculoso	414.671\$90	
Receita não especificada	130.402\$03	
Diversas reposições	835.067\$09	15.312.774\$49

DESPESA LIQUIDADADA

Despesas com o pessoal

Remunerações ao pessoal	3.073.103\$15	
Despesas de deslocação do pessoal em serviço	47.807\$30	
Fardamento e calçado ao pessoal	9.658\$90	

Despesas com o material

Construções e obras novas	350.483\$54	
Aquisição de móveis, utensílios e matérias primas para a sua confecção	182.729\$53	
Aquisição de máquinas, aparelhos, instrumentos e utensílios	201.616\$50	
Aquisição de roupas e colchoarias	475.065\$77	
Aquisição e outras despesas a realizar com o prédio da Quinta da Flamengo, em Via Longa	384.700\$00	
Despesa com animais	43.009\$69	
Despesa com veículos com motor	65.997\$70	
Conservação e reparação de móveis e utensílios ...	121.687\$40	
Conservação e reparação de máquinas, aparelhos, instrumentos e utensílios	80.908\$50	
Conservação e reparação de edifícios e prédios ...	337.677\$57	
Conservação e tratamento das cercas, parques e jardins	26.819\$55	
Artigos de penso e consumo	540.454\$29	
Drogas e medicamentos	648.843\$88	
Artigos radiológicos	159.811\$65	
Artigos de expediente e diversos não especificados	119.541\$05	

Pagamento de serviços e diversos encargos

Luz, aquecimento, água, lavagens, limpezas e outras despesas	221.562\$29	
Transporte de material	94.857\$50	
Telefones, incluindo instalações	26.861\$10	
Portes de correio e outras despesas	25.166\$05	
Rendas	6.000\$00	
Seguros e outros encargos	19.065\$05	
Géneros alimentícios	6.475.729\$44	
Combustível e gás	1.071.334\$49	
Transportes de doentes	8.425\$50	
Publicidade e propaganda	113.696\$20	
Pagamento de serviços e encargos não especificados	84.647\$95	
Restituições	2.464\$00	
Semana da Tuberculose — Despesa com a sua realização	14.902\$20	
Fundo especial «Dr. Tiago de Almeida» — Auxílio aos doentes pobres do Dispensário de Viana do Castelo	330\$00	
Amortização e juros do empréstimo contraído na Caixa Geral de Depósitos, Crédito e Previdência para a construção e apetrechamento do Hospital-Sanatório do Funchal	178.172\$30	
Contribuição do I. A. N. T. para a Caixa de Previdência dos Empregados da Assistência	148.291\$90	
Contribuição do I. A. N. T. para a Caixa de Abono de Família dos Empregados da Assistência...	40.476\$00	15.401.897\$94
Deficit.....		89.123\$45

Abate-se ao deficit:

Diferença entre a receita liquidada, com destino especial, e a despesa liquidada por conta dessas receitas:		
Receita liquidada	1.497.624\$83	
Despesa liquidada	1.526.472\$59	28.847\$76
Deficit na Gerência		60.275\$69
Saldo disponível em 1 de Janeiro de 1946.....	144.438\$60	
Deficit nesta Gerência	60.275\$69	
Saldo disponível em 31 de Dezembro de 1946	84.162\$91	

Confiando à nossa organização
o encargo da montagem de :

Salas de operações
Laboratórios de análises
Enfermarias e quartos
particulares em

Sanatórios
Casas de Saúde
Hospitais

é ter de antemão a certeza de que fica bem servido pela
superior qualidade de todo o material que vende.



SANO - TÉCNICA, L.^{DA}
RUA NOVA DO ALMADA, 61 - LISBOA

Aparelhos de Raios X

DIATERMIA, ONDAS ULTRA-CURTAS, ETC.

AMPOLAS,
CHASSIS,

VALVULAS,
E C R A N S

e todos os demais acessórios

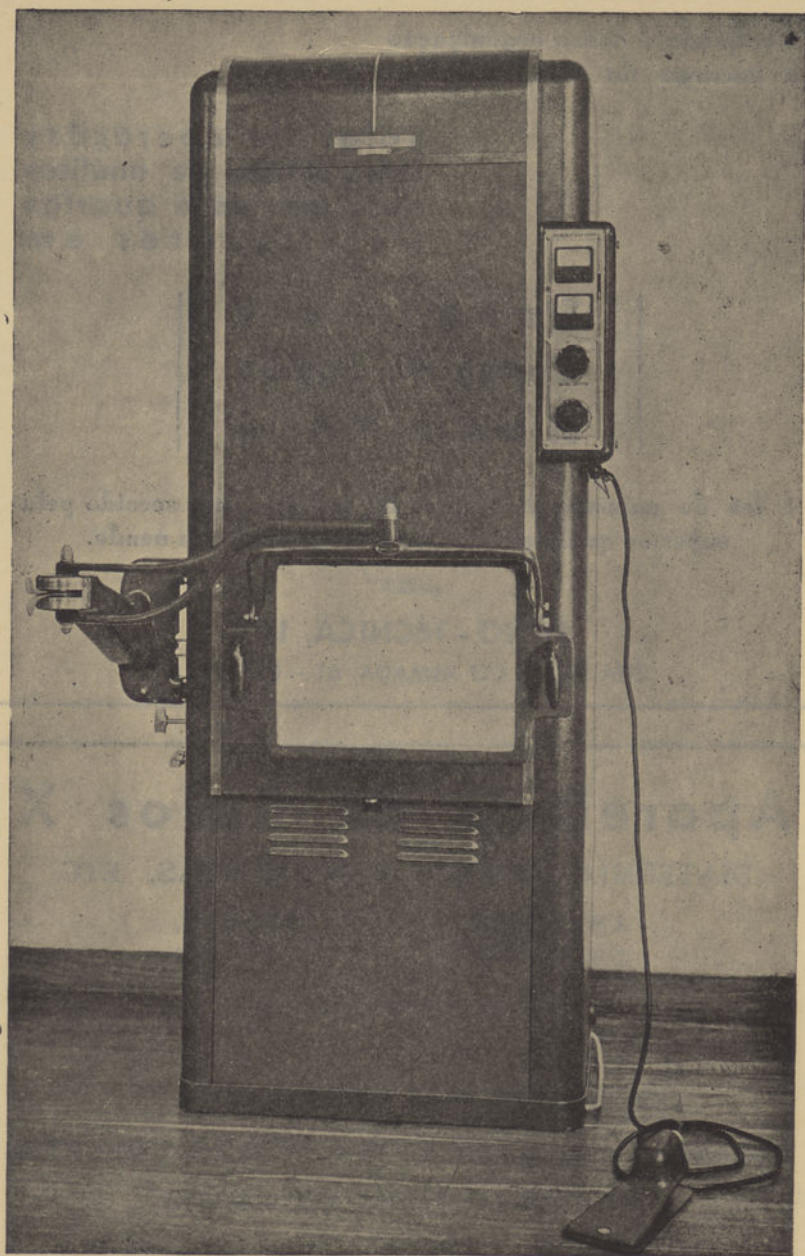
EM DEPÓSITO PARA ENTREGA IMEDIATA

Sociedade Comercial MATTOS TAVARES, LIMITADA

RUA DOS SAPATEIROS, 39.2.º - LISBOA

Telefones : 25 701 - 25 704 — Telegramas : *Ustmante*

A mais antiga e completa casa da especialidade, que
fornece os mais distintos Clínicos Radiologistas, Hôspi-
tais Civis e Militares, Dispensários, Misericórdias, etc.



FLUOROSCÓPIO VERTICAL, MODELO 6039 PARA RADIOSCOPIA

PICKER X-RAY CORPORATION

REPRESENTAÇÃO
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

J. PIRES TAVARES

SUCESORES

J. DA SILVA PIRES, LIMITADA

Rua 1.º de Dezembro, 128 e 130
(Sucursal)

Rua do Jardim do Regedor, 10 a 18

Telefone 3 1723



O maior sortido em Drogas, Perfumarias e Produtos Químicos
Especialidades Farmaceuticas, etc.

(Fornecedor da Assistencia Nacional aos Tuberculosos)

Representantes de diversas Casas Inglesas e Americanas
(Importação Directa do Estrangeiro)

Sociedade Comercial

Chémia, Lda.

Rua do Arsenal, 124, 2.º

L I S B O A

Fornecedora dos Hospitais

Produtos químicos e especialidades
farmacêuticas, reagentes e
produtos para fins analíticos.

Produtos para radiologia.

Auroterapia da Tuberculose

POR VIA INTRAVENOSA

CRISALBINE

Tiosulfato Duplo de Ouro e de Sódio
(titulando 37% de ouro metal)

AMPOLAS DOSEADAS A:

ogr. 05. ogr. 10. ogr. 15.
ogr. 20. ogr. 25. ogr. 50.

DE PRODUTO PURO CRISTALIZADO

POR VIA INTRAMUSCULAR OU SUB-CUTANEA

MYOCHRYSINE

Aurofomalato de sódio
(titulando 50% de ouro metal)

SOLUÇÕES AQUOSAS

AMPOLAS DOSEADAS A:

ogr. 01. ogr. 05. ogr. 10.
ogr. 20. ogr. 30. ogr. 50.

SUSPENSÃO OLEOSA:

Frascos de 7 cc. 5 de suspensão a 20%.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

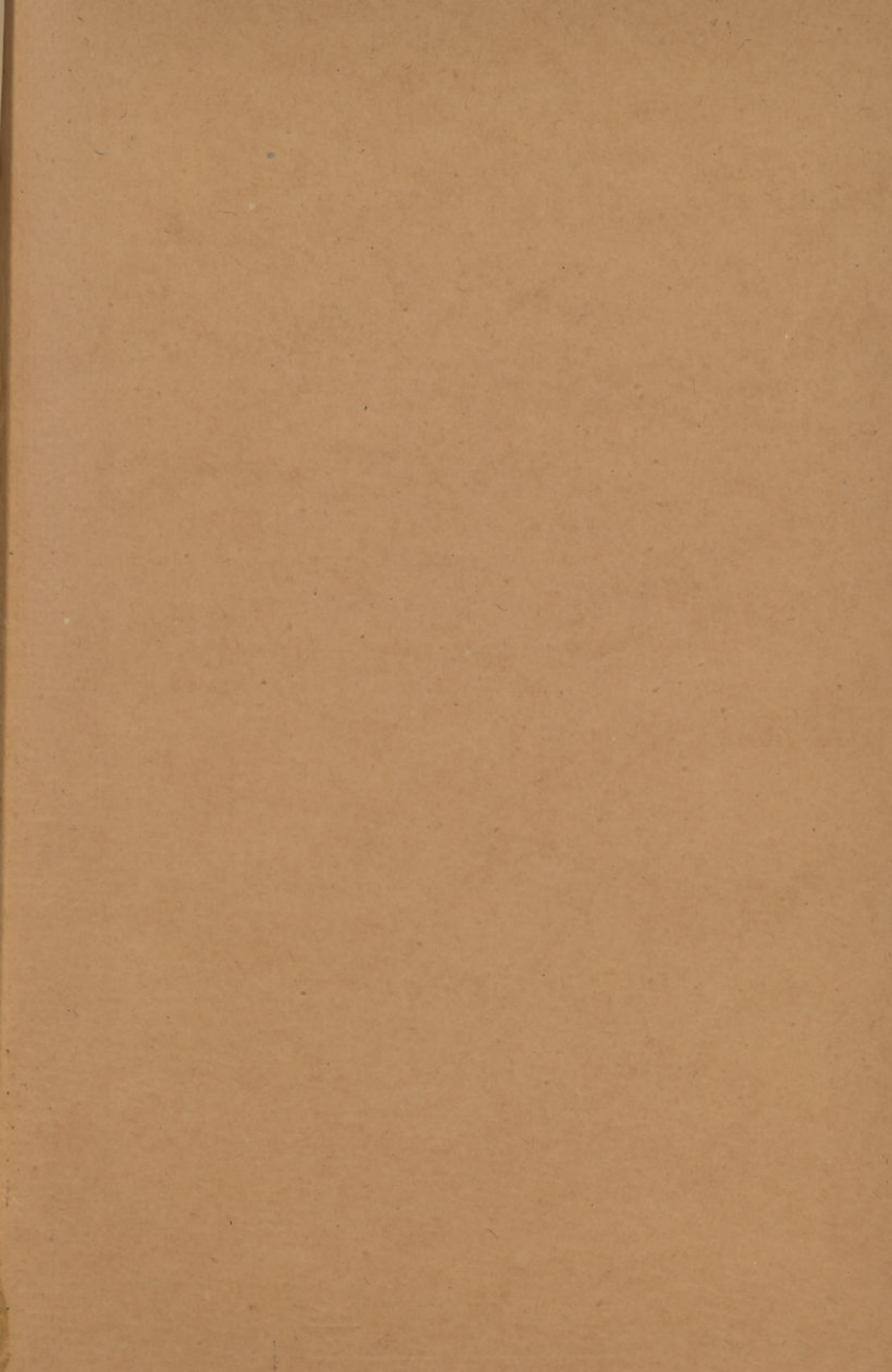
« **SPECIA** »

Marques Poulenc Frères & Usines du Rhône

21, Rue Jean Goujon, PARIS 8e.

Representante para Portugal: Sociedade Comercial Carlos Farinha, Lda.

Rua dos Sapateiros, 30, 3.º
LISBOA



Tipografia Adolfo Mendonça, Lda.
Rua Bernardino Costa, 46 — LISBOA