

Dr. Desfontes Costa Neto.



TUBERCULOSE

**BOLETIM DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA NACIONAL
AOS TUBERCULOSOS**

6.ª SÉRIE

(57)
Maio 1948

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos

Avenida 24 de Julho

L I S B O A

Telef.: 26761



Na nossa

Secção de Ménage

*tudo o que precisar para
sua casa*

V. E X. ^a

encontrará certamente :

Na nossa

Secção

de "Novidades,,

*os melhores cristais,
louça, talheres, etc.*

Na nossa

Secção Hoteleira

*tudo para hotéis, restau-
rantes, Companhias de
Navegação, Sanatórios,
Bars, etc.*

Representantes

exclusivos para Portugal
e Colónias

Antiga Casa

José
Alexandre

8 - Rua Garrett - 18

LISBOA

da afamada marca

«CHRISTOFLE»

*talheres de primeira qualidade,
lâminas de aço inoxidável, tra-
vessas, bules, cafeteiras, e todos
os acessórios para serviço de mesa*

J. Pires Tavares

SUCESORES

J. da Silva Pires, L.^{da}

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

Rua do Jardim do Regedor, 10 a 18
Telefone 31723

○ maior socído em Drogas, Perfumarias e Produtos
— Químicos, Especialidades Farmacêuticas, etc. —

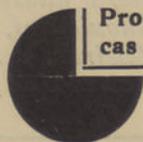
Fornecedor da Assistência Nacional aos Tuberculosos

Representantes de diversas Casas Inglesas e Americanas
(IMPORTAÇÃO DIRECTA DO ESTRANGEIRO)

SOCIEDADE COMERCIAL **CHÉMIA, LDA.**

Rua do Arsenal, 124-2.º
LISBOA

Fornecedora dos Hospitais



Produtos químicos e especialidades farmacêuticas - Reagentes e produtos para fins analíticos.

Produtos para radiologia



HALIBORANGE

A MELHOR FORMA DE TOMAR
AS VITAMINAS A, C E D

*Saboroso tónico vitamínico natural concentrado
de óleo de fígado de halibute e sumo de laranja,
para o tratamento do raquitismo, debilidade e
desnutrição, etc.*

FOLHETOS AOS EXCELENTÍSSIMOS CLÍNICOS
Frascos de 140 e 280 gramas

Representantes: **Allen & Hanburys, Ltd.** — LONDRES

Laboratórios: **Coll Taylor, Lda.** — Rua dos Douradores, 29-1.º — LISBOA

ALLEN & HANBURY LTD, LONDON, E. 2

Tratamentos de recalcificação

Cálcio e Vitamina C

SANITAS



Gluconato de cálcio
a 10% 5 c. c. 12 amp.



Ácido L - Ascórbico
a 5% 2 c. c. 12 amp.



COMPANHIA INDUSTRIAL DE FUNDIÇÃO

S. A. R. L.

Utensílios domésticos

- Louças fundidas em ferro e alumínio
- Ferros de brunir (tipos para o continente e colónias)
- Fogareiros e panelas com pernas (modelos para o continente e colónias)

Material agrícola

- Debulhadores, tararas e esmagadores
- Prensas para Vinho e Azeite
- Máquinas para ensilagem
- Arados, charruas e grades

Máquinas industriais

- Teares e maquinas para linho, lãs, seda e algodão
- Máquinas e acessórios para todas as indústrias

Orçamentos grátis

CONSULTAS À

Companhia Industrial de Fundição

RUA DE S. JOÃO, 19 / PORTO

Telefone PPC 24173

Telegramas ARADOS

OU AOS SEUS AGENTES:

Sociedade de Representações Vulcano, Lda.

RUA DO CRUCIFIXO, 50-3.º // LISBOA

Telefone 29528

Telegramas SOREVUL

Com inteira satisfação dos Ex.^{mos} Clínicos, estão funcionando nos principais Sanatórios :

Aparelhagem de Maurer para corte de aderências.

Mobiliário metálico clínico hospitalar Adico.

Instrumental cirúrgico de fabrico próprio fornecido pela

Sano-Técnica, L.^{da}

Rua Nova do Almada, 61

LISBOA

PARA A CALCOTERAPIA INTENSA
DOS ESTADOS DE CARÊNCIA

SOLUCÁLCIO VITAMINADO

INJECTÁVEL
AZEVEDOS

FÓRMULA:

Cálcio Coloidal	0,5 g. ‰
Vitamina D	5.000 B. por c. c.

APRESENTAÇÃO:

Caixas de 6 e de 12 empolas de 2 c. c.

UM PREPARADO QUE SATISFAZ
AS NOVAS CORRENTES TE-
RAPÉUTICAS DE CALCOTERAPIA

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA



L. Rosa Neves

Calçada da Mouraria, 14

TELEFONE

28077

●

Camas - Colchões - Divãs - Mobílias
Estofos

CASA FUNDADA EM

1895

SALÕES DE EXPOSIÇÃO
NAS LOJAS E NO 1.º ANDAR

DE BONITAS MOBÍLIAS
COMPLETAS E PEÇAS SOLTAS

por preços só possíveis
no Fabricante



==== *Fábrica* ====
de Loiça de Sacavém
==== *Limitada* =====

Loiça Sanitária • Azulejos
Mosaicos • Faianças de uso
comum • Higiénicos jogos
sanitários para todos os fins

• Fornecedores das princi-
pais casas hospitalares e
de assistência do País.

LISBOA

Av. da Liberdade, 49 a 57

PORTO

Rua das Carmelitas, 40

COIMBRA

R. Dr. Manuel Rodrigues, 50

F O S F O H E M O L

EXCELENTE TÓNICO RECONSTITUINTE
REMINERALIZANTE E DINAMOGÉNICO

INJECTÁVEL

Soro Fosfo, Arseno, Magnésio, Cálcio Estricnado
Ampolas de 3 c. c. / Injecções subcutâneas indolores

G O T A S

Fósforo, Arsénio, Magnésio, em combinação organo-
-metálica estricnada
Eupéptico / Amargo — 20 a 30 gotas às principais refeições

GRANULADO

Fósforo, Arsénio, Magnésio, em combinação organo-
-cálcica
Paladar agradável / Especialmente indicado às Crianças

Laboratórios da FARMÁCIA BARRAL
REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA, LIMITADA

TUBERCULOSE

Boletim do Instituto de Assistência Nacional
aos Tuberculosos

6.^a Série

(Vol. 3) N.º 5

MAIO 1948

∫



UNILAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
RUA DO CARVALHO

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS

Avenida 24 de Julho

L I S B O A



Sanatório D. Manuel II — Fachada principal



Sanatório D. Manuel II — Fachada posterior

TUBERCULOSE

Boletim do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos

Vol. 3 - N.º 5.º

MAIO 1948

6.ª Série—15.º Ano

Novos Sanatórios assinalam a Obra Social do Governo

Ao fazer-se o exame retrospectivo da Obra da Assistência aos Tuberculosos, em Portugal, iniciada em 11 de Junho de 1899 pela Rainha Senhora D. Amélia de Orleans, verifica-se um grande impulso depois de Junho de 1932 mais intensificado, ainda, à medida que se concluíam as construções dos Sanatórios Dr. João d'Almada, no Funchal, de Abrazes, em Viseu e de D. Manuel II, em Vila Nova de Gaia, no Monte da Virgem, seguidas da ampliação em curso do Sanatório Popular D. Carlos I, na Alameda das Linhas de Torres, ao Lumiar, e aquisição do Palácio da Quinta da Flamenga e terrenos anexos, em trabalhos de adaptação para um Hospital, independentemente da construção e montagem de 59 Dispensários espalhados pelo País, já em funcionamento, e de outros em projecto, contra a existência de 6 Dispensários que tantos eram os que existiam à data do Movimento de 28 de Maio.

No presente Boletim mal ficaria, pois, não se fazer uma referência especial acerca de cada um dos Estabelecimentos inaugurados e prestes a inaugurar, dando, assim, o justo relevo que merece o prestigioso esforço do Governo a bem da Luta Anti-Tuberculosa, tanto mais para apreciar quanto é certo ter-se efectivado no decurso da gravíssima crise originada na Guerra e que se mantém no *após guerra*, longe, ainda, de reencontrar o ponto de equilíbrio perdido.

Começaremos, então, pelo:

SANATÓRIO DR. JOÃO D'ALMADA no Funchal

A Obra Anti-Tuberculosa da Madeira foi iniciada em Dezembro de 1933, mercê do produto obtido na II e III semanas da Tuberculose, com a construção de um Dispensário.

Por sua vez, era em 14 de Maio de 1934 publicado o Decreto 23.487 que, agravando o imposto sobre o Tabaco, permitiu a construção deste Sanatório, inaugurado em 1 de Dezembro de 1940. Possui ele, além de um «appartement» 131 leitos, dos quais 9 para pensionistas.

Entretanto, encontra-se em adiantada construção um edificio destinado a Preventório, prosseguindo, assim, a Obra Anti-Tuberculosa da Madeira, para a qual a benemerência da sua população muito tem contribuido.

SANATÓRIO D. MANUEL II

Por ocasião da primeira viagem ao Porto de El-Rei, o Senhor D. Manuel II, Sua Majestade a Rainha Senhora Dona Amélia, resolveu perpetuar esse facto, lançando a ideia da construção de um Sanatório na mencionada cidade.

Para esse fim foi adquirido um terreno no lugar da Areosa, freguesia de Paranhos, com a área de 27.329 m², destinado a nele se construir um Hospital de Repouso a que seria dado o nome de D. Manuel II.

Reconhecendo-se, mais tarde, que o terreno não satisfazia, já pela sua deficiente superficie, já por se encontrar dentro da cidade, foi adquirido em Maio de 1933 o novo terreno em que se encontra hoje o Sanatório D. Manuel II, em parte doado pela Senhora Dona Maria Henriqueta Viterbo de Castro de Lima, e nele se iniciou a sua construção por conta da antiga A. N. T., a breve trecho suspensa por falta de recursos, até que o Governo resolveu por intermédio do Ministério das Obras Públicas, tomar o encargo de prosseguir, até à sua conclusão, a Obra principiada.

A parte construida e solenemente inaugurada em Setembro do ano findo, comporta 250 doentes de ambos os sexos, capacidade esta que será brevemente duplicada, logo que termine a construção de mais dois Pavilhões já quase concluidos.

O Sanatório D. Manuel II ficará a ser, então, um dos melhores e mais vastos estabelecimentos do Instituto, destinado, principalmente, a servir a zona Norte do País.

SANATÓRIO POPULAR D. CARLOS I

Primitivamente pensou-se em construir este Sanatório em terreno situado na Avenida António Maria Avelar, hoje Avenida 5 de Outubro, chegando a ser ali colocada a primeira pedra.

Reconheceu-se, porém não ser o local o mais indicado para estabe-

lecimentos desta natureza, dada a tendência de a capital se alargar para aquela zona, adquirindo-se então, metade da antiga Quinta das Mouras, na Alameda das Linhas de Torres, propriedade do Município de Lisboa.

Iniciados os trabalhos em 20 de Fevereiro de 1909, estava a construção do Sanatório concluída, segundo o seu primitivo plano, um ano depois, sendo só inaugurado, por falta de recursos, em 18 de Agosto de 1912, com capacidade para 64 leitos.

Posteriormente, em 25 de Fevereiro e 19 de Maio de 1932, foram inaugurados mais dois pavilhões, o primeiro mandado construir pelos beneméritos esposos Lambert de Moraes que nele empregaram 800 contos, e o segundo por iniciativa da também benemérita senhora D. Laura Palha Infante de La Cerda, que presidiu a uma comissão de Senhoras, encarregada de conseguir os fundos necessários para esse fim.

O Sanatório D. Carlos I, que ficou então com a forma de um Z, passou a ter capacidade para 182 leitos, sendo 140 para pobres e 42 para pensionistas e porcionistas.

Por iniciativa do Governo foi resolvido ampliar este Sanatório com mais quatro pavilhões, cuja construção, a cargo do Ministério das Obras Públicas, foi iniciada em 1947 tão intensamente que já no corrente ano se deve proceder à sua inauguração.

Com este alargamento ficará o Sanatório D. Carlos I dotado com 500 leitos.

Mas a iniciativa do Governo não fica por aqui. Está já em estudo a construção de novo pavilhão para 600 doentes, cujo início terá lugar logo após a conclusão daqueles.

O gráfico que acompanha a presente memória dá bem a ideia da evolução por que tem passado este Sanatório, e para ele chamamos a atenção do leitor que assim mais facilmente apreenderá a grandeza da iniciativa do Governo.

SANATÓRIO DE ABRAVEZES

Situado, aproximadamente, a três quilómetros da cidade de Viseu, a construção do Sanatório de Abravezes partiu da iniciativa da Santa Casa da Misericórdia daquela cidade, levada a efeito pelo Ministério das Obras Públicas que dele fez entrega ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Inaugurado solenemente em 8 de Dezembro do ano 1946, este Sanatório comporta 96 doentes, e destina-se a servir, de preferência, a Província da Beira Alta.

SANATÓRIO DA QUINTA DA FLAMENGA

A 20 quilómetros de Lisboa, com vastos terrenos anexos, encontra-se o Palácio da Flamenga, cujas obras de adaptação a um Hospital estão já quase concluídas, podendo dentro em breve receber cerca de 100 enfermos.

Mas a iniciativa do Governo, ao fazer a aquisição desta propriedade, não se limita às obras de adaptação a que se está procedendo. Pretende ele ir muito além, aproveitando os terrenos adquiridos juntamente com o Palácio para neles construir novos Pavilhões, dando assim maior expansão à corajosa avançada desenvolvida no campo da Luta Anti-Tuberculosa.

Posto isto, escalonada assim, a Obra de Assistência aos Tuberculosos levada a cabo nestes últimos anos, Obra que representa muita dedicação, muito esforço, muito sacrifício de natureza financeira, dado que outros problemas de ordem económica e social se impõem, até mesmo como armas de acção indirecta na luta anti-tuberculosa, justo é deixar bem expressa neste Boletim a homenagem devida à figura prestigiosa do Chefe do Governo, Doutor Oliveira Salazar, que tão bem compreendeu a necessidade de encarar de frente o flagelo, e tem animado, com sabedoria, coração e alma, a luta em marcha contra a tuberculose, luta sagrada que os tempos de miséria porque o Mundo vai passando, tornaram gloriosa e heróica.

Injusto seria esquecer, a inteligente e humanitária acção desenvolvida neste sector de Assistência Pública pelos Ministros do Interior e das Obras Públicas, Engenheiro Cancela de Abreu e Engenheiro José Frederico Ulrich e pelo Subsecretário de Estado, Dr. Trigo de Negreiros, cujos nomes ficarão ligados, através dos tempos, à grandiosa Obra da Luta Anti-Tuberculosa em Portugal.

Que a Providência harmonize os homens e arrefeça as paixões que os dominam e desvairam por forma a que a Paz possa, por sua vez, exercer eficientemente a sua acção benéfica como arma importante, que é, na defesa da Saúde Pública.

LUTA ANTI-TUBERCULOSA

Com a recente inauguração do Sanatório de D. Manuel II, em Vila Nova de Gaia, realizada em Setembro passado e a próxima abertura dos novos Pavilhões do Sanatório Popular de Lisboa e da Quinta da Flamenga, ficará o armamento anti-tuberculoso das duas zonas, que aqueles estabelecimentos vão servir, designadamente os distritos de Lisboa e Porto, com um reforço substancial de algumas centenas de leitos para cada uma.

Pena é que logo de início eles não sejam todos destinados a acudir às instantes necessidades que os dispensários proclamam, visto que, por agora, os leitos dos novos Pavilhões do «Popular» receberão apenas doentes vindos dos Hospitais-Civis.

Não nos cumpre comentar o facto, que sob determinado aspecto tem certa justificação, mas não deixaremos de nos referir à tuberculosidade dos citados distritos, os mais flagelados do País, destacando dos seus concelhos os que estão a dentro das respectivas capitais, isto é, as cidades de Lisboa e Porto.

* * *

Como entre nós a tuberculose não é doença de declaração imposta por lei e como os dispensários, mesmo os que mais diligentemente trabalham, estão longe de um aproximado conhecimento do número de tuberculosos existentes nas suas respectivas áreas, só poderemos apreciar a morbidade da tuberculose, partindo do número de vítimas que ela causa na roda do ano.

Citaremos, portanto, alguns números respeitantes à população, mortalidade geral e tuberculosidade nos três últimos quinquênios, a contar

de 1931, pondo-os em confronto, para melhor apreciação, com os relativos ao País, durante os mesmos períodos.

População média dos quinquênios

	1931-1935	1936-1940	1941-1945
Lisboa-cidade	624 043,8	681 438 3	738 832,8
Lisboa-distrito	948 824,4	1 030 584,9	1 112.345,3
Portugal	7.057 419,1	7 505 553 6	7 953 688,1

Óbitos

	Média dos óbitos			Mortalidade geral por 1.000 hab.		
	1931-1935	1936-1940	1941-1945	1931-1935	1936-1940	1941-1945
Lisboa-cidade	11.861,8	11.991,6	11.806,6	19 01	17,60	15,98
Lisboa-distrito	17.003,0	16 771,6	16 489,8	17,92	16,27	14 82
Portugal	119 341,2	117.637,2	123 645,2	16,91	15,67	15,55

Óbitos por tuberculose

	Média dos óbitos			Tuberculoidade por 1.000 hab.		
	1931-1935	1936-1940	1941-1945	1931-1935	1936-1940	1941-1945
Lisboa-cidade	2.508,8	2.515,8	2 657 0	4,020	3,692	3,596
Lisboa-distrito	3.138,6	3.117,4	3.262,0	3 308	3,025	2 933
Portugal	11.939 4	11.393,4	12.213 8	1,692	1,518	1,536

As taxas relativas à mortalidade geral fácil é obtê-las sem êrro de maior. Na realidade sabemos quantos morreram.

Não atingimos, porém, certeza igual ao pretendermos saber qual foi a causa da morte.

Diagnósticos suspeitos, causas não especificadas ou mal definidas, óbitos sem assistência tem de ser tomados em conta para a correcção das taxas.

Todavia, como mais do que qualquer outra causa de êrro supera a dos falecimentos sem assistência médica e estes em Lisboa são de percentagem insignificante, os índices de tuberculoidade acima indicados não ficarão longe da verdade, desde que lhes descontemos o correspon-

dente aos óbitos dos que, sendo estranhos à cidade e ao distrito, aqui vieram acabar os seus dias nos Hospitais ou Sanatórios.

Por maior que tenha sido, porém, o nosso cuidado de expurgar causas de êrro e de não atribuir na escala da tuberculosidade lugar que lhe não pertence, o facto iniludível é que o distrito de Lisboa ocupa o mais elevado de todos e a cidade, capital do País, tem a triste primazia entre os concelhos do distrito.

No quinquénio de 1941-1945, encontram-se acima da taxa nacional da tuberculosidade (1,536 por 1.000 hab.) apenas os distritos de Lisboa (2,933), Porto (2,395), Setúbal (2,041) e Faro (1,588) colocando-se no fundo da escala os da Guarda (0,607), Bragança (0,612), Castelo Branco (0,674), Vila Real (0,906) e Viseu (0,911).

Durante o mesmo período verificamos ainda que no distrito de Lisboa os índices variaram desde 1,078 no Cadaval a 3,596 em Lisboa.

Acima da média nacional encontram-se ainda Loures, Vila Franca de Xira, Sintra, Cascais e Lourinhã, como melhor se poderá confrontar no quadro seguinte:

DISTRITO DE LISBOA

Tuberculosidade

Concelhos	1941	1942	1943	1944	1945	Média
Alenquer	1,197	1,403	1,789	1,749	1,139	1,456
Arruda dos Vinhos	0,971	1,085	0,958	1,785	1,419	1,245
Azambuja.	1,392	2,318	1,241	1,167	1,278	1,476
Cadaval	1,081	1,199	1,003	1,183	0,928	1,078
Cascais	1,567	1,526	1,458	1,807	1,735	1,622
LISBOA	3,660	3,418	3,564	3,636	3,699	3,596
Loures	2,163	1,933	2,036	2,563	2,390	2,221
Lourinhã	1,400	1,627	1,994	1,104	1,942	1,615
Mafra	1,480	1,467	1,187	1,413	1,634	1,437
Oeiras.	1,722	1,256	1,671	1,322	1,412	1,474
Sintra	2,214	1,680	1,935	1,398	1,984	1,840
Sobral Monte Agraço	1,243	1,513	0,822	0,682	1,222	1,096
Torres Vedras	1,770	1,375	1,233	1,469	1,309	1,430
Vila Franca de Xira	1,938	2,128	2,454	2,010	1,953	2,096
Distrito	2,993	2,799	2,912	2,949	3,007	2,933
Portugal	1,601	1,597	1,517	1,448	1,517	1,536

A situação em 1946, primeiro ano do quinquénio seguinte, não é mais animadora. Segundo os elementos colhidos no Anuário Demográfico, verifica-se o seguinte:

1946

População calculada para o meio do ano

Lisboa, cidade	773.269,5
Lisboa, distrito	1.161.401,7
Portugal	8.222.568,8

Óbitos por tuberculose (deduzidos os que morreram nos Sanatórios e Hospitais Cíveis e não pertenciam à cidade)

Lisboa, cidade	2,477
Lisboa, distrito	3,482
Portugal	12,905

Índice de tuberculidade corrigido

Lisboa, cidade	3,203
Lisboa, distrito	2,998
Portugal	1,569

Baixou, é certo a taxa correspondente à cidade e se considerarmos que no decurso de 16 anos a quebra foi de 3,915 para 3,203 ou seja uma variação da tuberculidade correspondente a — 18,18 %, não ha que negar a extensão do caminho andado. A baixa é apreciável. Sòmente, como partimos de posição muito elevada, não está perto ainda o dia em que, sob o ponto de vista sanitário, a cidade, encontrará situação mais lisonjeira.

Teremos primeiro de ver resolvido o problema do alojamento das classes pobres e de quantos vivem em deploráveis condições de hygiene e de conforto, obra em que o Estado Novo — é justo acentuá-lo — tem posto especial empenho; teremos de acudir a situações de miséria de toda a ordem, que é preciso vencer e teremos de dotar com o necessário equipamento o arsenal de luta directa contra a doença.

* * *

Não é intenção nossa fazer um estudo completo sobre a demogenia do distrito de Lisboa. No entanto, como das cifras que deixamos expostas se verifica um crescimento progressivo da população citadina e simultâneamente se tem verificado também uma taxa de mortalidade geral bastante elevada, poder-se-á concluir que em Lisboa a natalidade se regista em proporções compensadoras. Tal, porém, não sucede.

A uma taxa média da mortalidade geral de 19,01, no quinquênio de

1931-1935, correspondeu a de 19,13 da natalidade; à de 17,60, em 1936-1940, a de 15,76 e à de 15,98, em 1941-1945, a de 13,83, ou seja um saldo insignificante de 0,12 por mil habitantes no primeiro quinquénio, um *déficit* de 1,84 no segundo e de 2,15 no terceiro.

A compensação reside essencialmente nos fortes contingentes, «reforço providencial» lhe chama o Dr. Amândio Paúl (1) com que a província vem desde longa data remediando a penúria da capital, e... provocando contratempores doutra ordem.

Quanto à qualidade da contribuição com que a nascença da capital concorre para o incremento da população, conclue-se dos números que se seguem que ela é pequena e má:

Lisboa - cidade 1941 - 1945

População	738.832,8	Natalidade	13,83
Nado-vivos	10.215,0	Nado-vivos por 1.000 nascimentos...	944,43
Nado-mortos	601,0	Nado-mortos por 1.000 nascimentos	55,57
Nascimentos	10.816,0		
Nado-vivos ilegítimos ...	3.238,2	Ilegitimidade por 1.000 nado-vivos...	317,00
Nado-mortos ilegítimos...	289,8	Ilegitimidade por 1.000 nado-mortos	482,20
Óbitos	11.806,6	Mortalidade geral	15,98
Óbitos infantis (0-1 ano)	1.351,8	Mortalidade infantil de 0-1 ano.....	132,33

A fraca natalidade constitui de ha muito preocupação em muitos países e as suas causas, embora de vária ordem, resumem-se, como o afirma o Dr. Amândio Paúl no seu trabalho relativo à Tuberculose em Portugal ,em 1931-1935,« nas duas grandes crises sociais do século: a crise económica e a crise moral, uma e outra conduzindo à restrição da procriação ou, como diz *E. Kahn*, à *greve internacional dos nascimentos*.

Mas, sobre ser fraca, a nascença é má. Logo no primeiro ano de vida se verifica a excessiva mortalidade de 132,33 por 1.000 nado-vivos.

Não é menos eloquente o número de ilegítimos que se contam entre os que nascem, nem a percentagem com que eles avolumam o número dos que morrem, sabido que a ilegitimidade, sobre ser um índice lamentável de ordem moral, é um factor preponderante na mortalidade infantil.

Acima dos 12.905 óbitos por todas as formas de tuberculose e dos 13.817 por doenças de coração, cita-nos a estatística oficial, relativa a 1946, em todo o País, a cifra enorme de 16.066 óbitos por diarreia e enterite (menos de dois anos, 2 e mais anos de idade).

(1) A Tuberculose em Portugal (Distrito de Lisboa), 1938.

Miséria física derivada, em grande parte, de muita miséria moral. Se a luta contra a tuberculose tem de ser árdua e persistente, não terão de o ser menos as campanhas que ao Instituto Maternal e à Defesa da Família compete coordenar e desenvolver.

* * *

E já agora, duas palavras sobre a capital do Norte, cuja situação no ponto de vista sanitário, também não é mais próspera que a de Lisboa. As dízimas do Porto excedeu em muito as nacionais.

Vejamos o que dizem os números.

População média dos quinquénios

	1951-1955	1956-1940	1941-1945
Porto-cidade.	240.037,5	255.052,0	270.066,5
Porto-distrito	843.328,3	907.345,8	971.363,3
Portugal	7.057.419,1	7.505.553,6	7.953.688,1

Óbitos

	Média dos óbitos			Mortalidade geral		
	1951-1955	1956-1940	1941-1945	1951-1955	1956-1940	1941-1945
Porto-cidade	5.302,2	5.070,2	5.135,4	22,09	19,88	19,02
Porto-distrito	16.148,4	16.438,8	17.141,6	19,15	18,12	17,65
Portugal.	119.341,2	117.637,2	123.645,2	16,91	15,67	15,55

Óbitos por tuberculose

	Média dos óbitos			Tuberculidade por 1.000 hab.		
	1951-1955	1956-1940	1941-1945	1951-1955	1956-1940	1941-1945
Porto-cidade	851,8	862,8	1.021,6	3,569	3,383	3,783
Porto-distrito	2.034,0	1.988,2	2.326,6	2,412	2,191	2.395
Portugal.	11.939,4	11.393,4	12.213,8	1,692	1,518	1,536

Relativamente a cada concelho, verifica-se o seguinte:

Distrito do Porto		
Taxas por 1.000 habitantes		
1941 - 1945		
	Média da Mortalidade Geral	Média da Tuber- culosidade
Amarante	17,92	1,004
Baião	15,77	1,176
Felgueiras	17,90	0,923
Gondomar	17,63	2,029
Louzada.....	17,15	1,030
Maia	16,66	2,482
Marco de Canavezes..	17,63	1,245
Matozinhos	17,82	2,680
Paços de Ferreira ...	14,51	0,823
Paredes	17,25	1,303
Penafiel	16,09	1,104
PORTO.....	19,02	3,783
Póvoa de Varzim.....	18,80	2,142
Santo Tirso	14,82	1,231
Valongo.....	17,00	1,645
Vila do Conde.....	18,50	1,927
Vila Nova de Gaia...	17,46	2,952
Distrito	17,65	2,395
Portugal.....	15,55	1,536

Com uma mortalidade geral que, excepção feita dos concelhos de Santo Tirso e Paços de Ferreira, supera, de há muito, a do distrito de Lisboa, tem o Porto acusado um índice de tuberculidade que, embora superior e desmarcadamente superior ao nacional, está abaixo do referido àquele distrito, — 2,395 no Porto, contra 2,933 em Lisboa, cifras, uma e outra, relativas à média do quinquénio de 1941-1945. — Isto, quanto aos dois distritos.

Postas, porém, em confronto as taxas da tuberculidade que os números conferiram às duas cidades, verifica-se que, na triste corrida para a morte, o Porto já levou as lampas à capital, subindo o seu índice de tuberculidade para 3,783, em 1941-45, contra 3,596, registado em Lisboa e acontecendo coisa idêntica, mas em maior percentagem ainda, em 1946 (4,086 contra 3,665, cifras oficiais).

* * *

Morre-se, portanto, excessivamente na cidade do Porto e a natalidade mal compensa com um saldo escasso os destroços causados pela morte em cada ano.

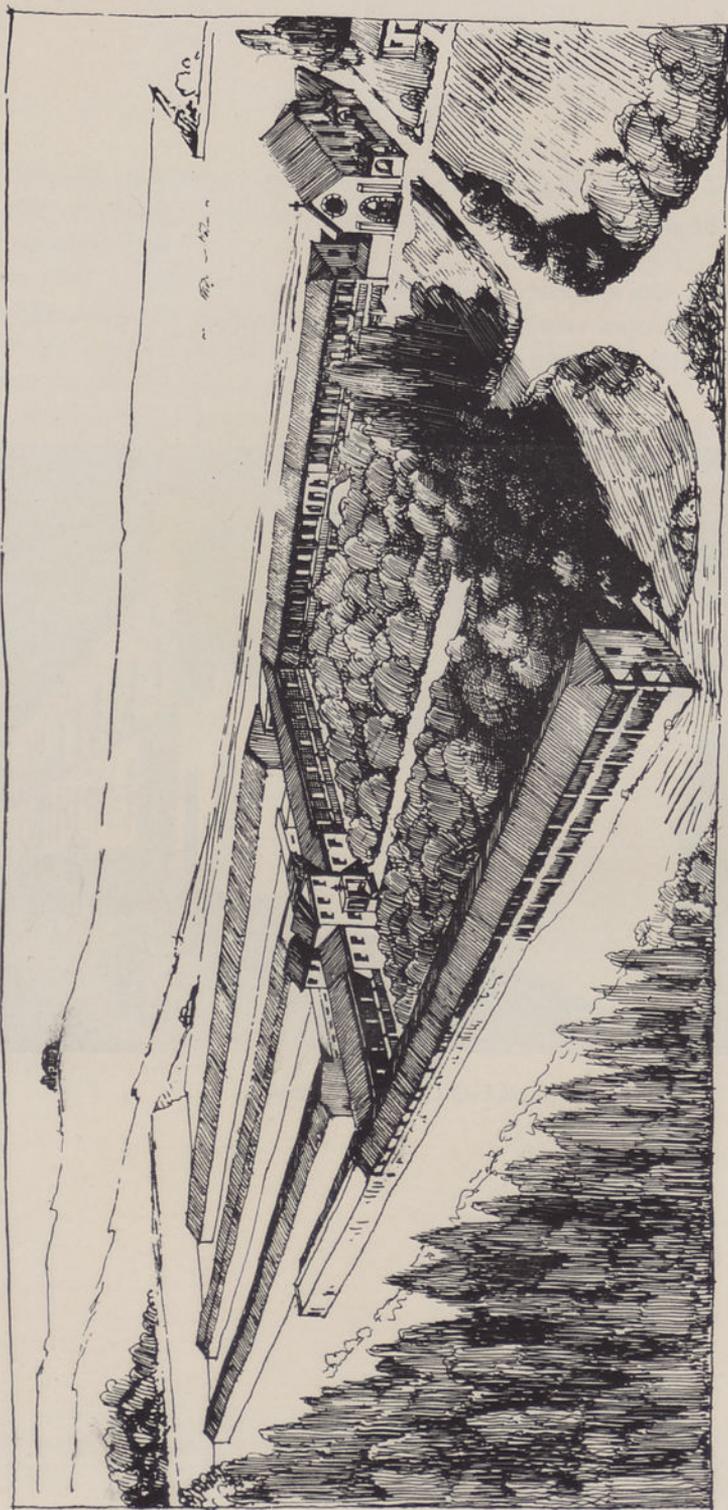
De 1941 a 1945, os nados e sobreviventes vieram a este mundo na proporção média de 20,00 por 1.000 habitantes, mas logo no primeiro ano de vida concorreram para a mortalidade geral na percentagem devastadora de 165,18 por cada mil nado-vivos.

A ilegitimidade interveio em tudo isto com a percentagem de 283,03 por mil nado-vivos e 297,87 por cada mil nado-mortos.

Maio de 1948



Hospital da Quinta da Flamenga



Sanatório Popular de Lisboa, com os novos Pavilhões

Desenho do Arq.º Vasco Regaleira

I. A. N. T.

Actividade dos dispensários em 1947

O número de pessoas que vieram pela primeira vez, no decorrer do ano de 1947, aos nossos dispensários foi de 38.058, contra 34.851 no ano anterior e como a população que eles servem foi calculada em 3.173.712 habitantes, é de 11,99 por mil o índice de frequência dos novos examinados, superior, portanto, ao de 1946, que foi de 11,16.

Avaliados em separado os índices de frequência dos dispensários de Lisboa, Porto e os da Província, encontramos em

1946 e em 1947

Lisboa.....	4,37	4,59
Porto	7,22	6,10
Província.....	14,36	15,34

Não só dentro das duas cidades, Lisboa e Porto, a desproporção entre as cifras acusadas pelos dispensários é manifesta — o «D. Amélia», servindo uma área exagerada de 289.663 habitantes, regista apenas 251 novos consulentes, contra 1.120 do dispensário «Dr. António de Azevedo», a cuja área é atribuída a população de 94.519 habitantes e o dispensário «Dr. Arantes Pereira», com uma população de 116.064, apenas atendeu 535 pessoas, enquanto o dispensário «Conde de Lumbrales» registou 1.118 — mas também na província essa desproporção se tem acentuado por forma a termos de concluir que o interesse despertado no público pelos variados serviços sociais dos dispensários não é igual em toda a parte.

Áreas muito extensas nuns casos, dispensários mais acessíveis noutros contribuirão, como já foi dito, para as diferenças notadas na frequência de cada um, mas também, por certo, há-de intervir, em tudo, a mais ou menos intensa propaganda acerca do valor que na luta anti-tuberculosa tem ou devem ter estes estabelecimentos.

Seja qual for a causa, porém, ou as causas, não nos cansaremos de insistir em que os responsáveis pela eficiência dos serviços que lhes estão

confiados exerçam a necessária propaganda, no sentido de atraírem ao dispensário a população da área que lhes está adstrita, para que assim uns fiquem sabendo, de ciência certa, que tem saúde, outros que terão de ficar submetidos a cuidada vigilância e finalmente outros, os doentes — sobretudo os *doentes que fingem de sãos* e são os piores agentes do contágio — para iniciarem o seu tratamento, tão cedo quanto o diagnóstico das lesões o permitir.

Não obstante o que acabamos de enunciar, este número de 38.058 novos examinados, em 1947, é o maior dos últimos nove anos, como adiante se verá. Mas se tivermos em conta que num país, cuja tuberculidade paira pelas alturas de 1,536 por 1.000 habitantes, apenas, em média, 12 indivíduos por cada mil se valeram do serviço dos dispensários, continuaremos a afirmar que a frequência de novos examinados foi diminuta e que as realidades da Obra não correspondem à grandeza da missão que lhe está confiada.

Sucederá assim em todos os dispensários?

Apressamo-nos a dizer que não, felizmente.

É de 3.173.712, como já se disse, o número, possivelmente exagerado, dos habitantes da área dos dispensários que estão em funcionamento, o que vale dizer que 5.048.856 indivíduos, residentes noutras localidades do país, não beneficiam ainda do auxílio destes preciosos elementos de combate contra a tuberculose.

Mesmo levando em conta os dispensários não dependentes do I. A. N. T. e de cujo funcionamento temos escassa notícia, são, pelo menos 150 os estabelecimentos desta ordem que ainda faltam ao nosso armamento anti-tuberculoso, concedendo, de barato, que a todas as populações rurais seja fácil deslocarem-se até ao dispensário concelhio.

* * *

Dos 38.058 novos examinados foram inscritos nos cadernos dos dispensários 11.068, ficando sob vigilância — *inscritos por profilaxia* — 6.423, assim distribuídos:

	Homens	Mulheres	Crianças	Total
Lisboa	75	199	310	584
Porto	157	226	98	481
Província e Ilhas	1.049	2.318	1.991	5.358
	<u>1.281</u>	<u>2.743</u>	<u>2.399</u>	<u>6.423</u>

É dizer que 58 % dos novos inscritos ficaram no rol dos que, a título preventivo, é do maior interesse social manter sob vigilância, tonificar e defender contra as investidas da doença.

Os restantes 4.645, correspondendo a 41,9 % dos novos inscritos, foram juntar-se aos que os dispensários tinham já registados nos seus ficheiros como portadores de lesões tuberculosas, mais ou menos extensas e ficaram assim relacionados:

	Homens	Mulheres	Crianças	Total
Lisboa	397	330	186	913
Porto	327	211	58	596
Província e Ilhas	1.350	1.306	480	3.136
	<u>2.074</u>	<u>1.847</u>	<u>724</u>	<u>4.645</u>

Cotejando estes números, verifica-se uma disparidade de critérios de uns dispensários para outros tal, que põe em destaque o conceito errado que em certos deles parece existir, acerca da sua acção profiláctica.

Vem de longe esta anomalia.

Já em 1939, o então Médico-chefe dos serviços dos dispensários comentava, a respeito dos inscritos por profilaxia:

«Uns relegam-nos para um plano secundário, dando preferência à inscrição dos doentes que são, de facto, os agentes principais do contágio sem o qual a doença não se adquire, nem se propaga; outros entendem, num mais alto conceito de profilaxia talvez, que precisamente por isso, isto é, por serem os doentes os principais agentes do contágio, é que se impõe a necessidade de olhar pelos sãos e de vigiar de um modo especial os ameaçados, pois só assim, por meio de uma vigilância atenta e porfiada, exercida sobre os sãos e ameaçados de hoje é que poderemos evitar a sua inscrição amanhã como doentes e possíveis propagadores do contágio. Os doentes interessam-nos sem dúvida; temos, infelizmente de os conhecer, única forma de os podermos isolar e tratar, mas porque é a saúde que importa sobretudo vigiar, defender e acautelar, é sobre os sãos que, de um modo especial, devem incidir os nossos esforços de profilaxia anti-tuberculosa...».

Não diremos que estas judiciosas considerações tenham caído inteiramente no vácuo, nem também negaremos que tenha, por enquanto, sucedido coisa parecida com o que nos conta a parábola do semeador...

Todavia, já depois de este boletim ter publicado o interessante trabalho do Dr. Covas de Lima, director do dispensário de Beja, outros relatórios, entre eles o do dispensário de Viseu, referem as suas actividades no campo da profilaxia.

* * *

Descontados os doentes que tiveram alta, ou foram sanatorizados, os que faleceram, mudaram de residência ou abandonaram o tratamento, ficaram a cargo dos dispensários, em 31 de Dezembro, 25.579 inscritos, assim distribuídos:

	Homens	Mulheres	Crianças	Total
Lisboa	1.150	1.942	1.329	4.421
Porto	976	1.077	544	2.597
Província e Ilhas	5.197	8.262	5.102	18.561
	<u>7.323</u>	<u>11.281</u>	<u>6.975</u>	<u>25.579</u>

Até aqui, reportou-se o nosso comentário à frequência havida no ano que passou e se do cômputo da mortalidade pela tuberculose podemos aquilatar o da mobilidade, os 12.905 óbitos, levados à culpa da tuberculose em 1946, corroboram o acêrto de que os nossos dispensários têm de redobrar a sua actividade...

Dissemos acima que a frequência fôra em 1947 a maior dos últimos nove anos.

Com efeito, partindo de 1937, ano em que os 51 dispensários, então existentes, atenderam 41.481 novos examinados, batendo o *record* de todos os anos que antecederam e se lhe seguiram até à data, logo em 1938 se verificou uma quebra para 38.477 e para 31.082 em 1939.

A partir de então, o número de novos examinados tem subido gradualmente, embora frouxamente, mas para estabelecermos um confronto razoável das actividades em cada ano, só a partir de 1944 o deveremos fazer, quando se atingiu o número dos 59 dispensários que hoje possuímos.

As cifras que se seguem darão uma ideia da sua actividade, nos últimos quatro anos.

Anos	1944	1945	1946	1947
Número de dispensários	59	59	59	59
Pessoas que os frequentaram pela primeira vez	29.787	32.980	34.851	38.058
Consultas	126.715	128.489	138.138	150.476
Doentes tratados pela Pnx.....	1.317	1.495	2.033	1.945
Insuflações	18.309	20.687	26.863	31.816
Dispensários que praticaram o Pnx	52	52	48	50
Injecções	178.733	169.723	183.984	180.037
Outros tratamentos.....	12.306	10.499	7.629	6.699
Fórmulas distribuídas	207.967	211.162	214.653	215.265

* * *

Visitas domiciliárias

Verificou-se, em 1947, um número apreciável de visitas domiciliárias, posto que inferior em 372 ao do ano transacto. Num total de 29.142, tocaram 6.889 aos médicos e 22.253 às enfermeiras.

Em Lisboa, de 12.400 visitas pertencem 2.583 aos quatro médicos-visitadores e 9.817 às enfermeiras-visitadoras. No Porto registaram-se, no conjunto dos dois dispensários, 2.170 visitas, sendo 2.069 feitas pelas enfermeiras-visitadoras e tocando 101 aos médicos-visitadores, respectivamente 87 no «Arantes Pereira» e 14 no dispensário «Conde de Lumbrales», na roda do ano.

As restantes 14.572 visitas, 4.205 das quais foram feitas pelos médicos e 10.367 pelas enfermeiras, pertencem aos dispensários da província, onde não há médicos-visitadores.

* * *

Dos novos doentes visitados confessam os registos que o número foi de 2.899 (889 em Lisboa e 2.010 nos restantes dispensários) mas como é de preceito a visita profilática ao domicílio dos novos inscritos por doença e estes foram em número de 4.645, conclui-se que essa disposição regulamentar não foi observada em todos os dispensários, como poderá verificar-se no mapa anexo a este volume. Ora, se nuns poderá haver a relativa desculpa da extensão das áreas e da falta de pessoal privativo do serviço externo, visitadores e visitadoras, tal justificação não existe no Dispensário D. Amélia, de Lisboa, nem em qualquer dos dispensários do Porto. Nestes últimos verifica-se mais ainda, pelo número exíguo das visitas médicas registadas, que ou os números não estão certos ou os lugares de visitadores, com a actividade que os mapas denunciam, são dispensáveis.

Não são poucos os dispensários da província que registam visitas quer do médico-director, quer da enfermeira em número superior aos que motivaram este comentário.

Estão neste caso Abrantes, Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Caldas da Rainha, Chaves, Sangalhos, além de outros, como adiante se poderá ver. É sabida a importância social que tem a visita profilática ao domicílio do doente, mormente ao daqueles em que se revelou a baciloscopia positiva. Além disso, promovendo a vinda ao dispensário de quantos convivem com o doente, cedo se poderá diagnosticar novos casos e

ministrar-lhes precocemente, ou seja com maior probabilidade de eficiência, o tratamento adequado. Foi assim que em 1947 podemos inscrever nos dispensários 1.368 pessoas da família dos doentes visitados — 294 por doença, 1.074 por profilaxia.

Tratamento

Enquanto ao tratamento dos doentes inscritos nos dispensários, tratamento de que não podemos prescindir, porque só assim é por enquanto possível observar o preceito do «diagnóstico precoce — tratamento precoce», interessa destacar o que se refere ao Pnx artificial.

Desde 1933 que temos procurado interessar os médicos dos dispensários por esta preciosa terapêutica, cuja eficácia não sofre contestação.

A série de insuflações praticadas desde aquele ano tem aumentado gradualmente, como a seguir podemos verificar:

Anos	Doentes tratados	Número de insuflações
1933	—	340
1934	—	1.514
1935	—	2.878
1936	605	3.509
1937	610	6.030
1938	422	7.949
1939	609	9.699
1940	949	11.810
1941	906	11.750
1942	1.154	14.362
1943	1.226	16.232
1944	1.317	18.309
1945	1.495	20.687
1946	2.033	26.863
1947	1.945	31.816

As 31.816 insuflações mencionadas correspondem a 4.284 dos dispensários de Lisboa, 5.374 dos do Porto e as restantes 22.158 às praticadas pelos dispensários da província, excepção feita de Barquinha, Estremoz, Moura, Miranda do Corvo, Saboia, Setúbal, Sintra, Vidiqueira e Tortozendo, que não aproveitaram esta modalidade de tratamento.

Os dispensários que trataram maior número de doentes foram pela ordem decrescente Viseu, com 136; Dr. António de Azevedo (Lisboa)

com 121; Funchal, com 110 e os dois dispensários do Porto, com 105 o de Dr. Arantes Pereira e 106 de Conde de Lumbrales. Os que ministraram maior número de insuflações foram os seguintes: Conde de Lumbrales e Arantes Pereira, à cabeça do rol, respectivamente com 2.834 e 2.540; Évora, com 1.756; Viseu, com 1.690; Dr. A. de Azevedo (Lisboa), com 1.491; Funchal, com 1.357; Caldas da Rainha, com 1.298; Aveiro, com 1.254; Braga, com 1.207; Santarém, com 1.166; Dr. António de Lancastre (Lisboa), com 1.120 e Castelo Branco, com 1.067.

Os resultados positivos obtidos com esta terapêutica atinge na totalidade dos dispensários a lisonjeira percentagem de 64,52 % e vai desde 14,29 % a 34,91 % nos dispensários do Porto, a 48,93 % em média nos quatro dispensários de Lisboa e a 100 %, referidos pelos de Aveiro, Anadia, Bragança, Faro, Marinha Grande e Sangalhos.

Verificaram-se 138 derrames (130 na província e 8 nos de Lisboa) 63 bi-laterisações (8 em Lisboa e 55 na província) e 6 perfurações (3 em Lisboa e 3 na província).

* * *

Temos assim dado conta do que foi a frequência dos dispensários em 1947 e dos serviços que eles prestaram. Resta dizer alguma coisa acerca dos resultados alcançados com o tratamento.

Descontados os propostos para sanatorização e que foram internados, sabe-se, pelo que relata cada dispensário, que recuperaram a capacidade de trabalho 669 dos seus clientes, número vazio de sentido, melhor dito, inferior às realidades, visto que uma percentagem razoável dos que nos dispensários recebem tratamento, não deixaram de trabalhar.

Além disso, a diversidade de critérios dos médicos leva alguns a só considerarem com alta os inscritos que espontaneamente abandonam o dispensário.

* * *

Resta, finalmente, dizer duas palavras relativas ao número de falecimentos motivados pela tuberculose e que os dispensários registaram, quer dizer, de que tiveram conhecimento.

Desde que eles não lograram ainda inscrever no seu rol todos os tuberculosos existentes nas suas respectivas áreas, é bem de ver que ha-de existir disparidade entre os óbitos ocorridos durante o ano e o número de que os dispensários dão notícia.

Assim é que, segundo o registo, foram 1.270 os falecimentos por tuberculose, ocorridos durante o ano, dentro do âmbito da sua jurisdição,

numa percentagem insignificante para as províncias e... iam a dizer ridícula para as cidades, quando é certo que o número real orçará por 5.135; que em vez dos 370 óbitos de que os dispensários de Lisboa souberam, andará a verdade à volta de 2.500 e que excederá mil os que no Porto consta terem sido 162.

Enquanto assim suceder, enquanto não completarmos a Obra dos dispensários e os não dotarmos com o pessoal necessário e o equipamento indispensável, a sua importante missão no combate à tuberculose continuará bastante comprometida e o seu êxito, portanto, será bastante problemático.

Outras considerações poderá sugerir ainda o exame dos números publicados no mapa anexo. Em qualquer caso, porém e a despeito do que fica dito, é justo reconhecer que, duma maneira geral, a actividade dos novos dispensários corresponde a um esforço apreciável, o que não impede que pretendamos, usando duma frase célebre, «*Mais e Melhor*».

Maio de 1948.

A actividade dos serviços de cirurgia

A actividade dos serviços de cirurgia do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos tem, desde a sua fundação, sofrido um aumento progressivamente crescente que atingiu no ano findo o seu valor mais elevado. Para se fazer uma ideia precisa do que acabamos de afirmar basta passar em revista o número de intervenções executadas todos os anos para que o acréscimo de trabalho realizado ressalte com toda a evidência. Assim, e considerando também a pequena remodelação por que os serviços de cirurgia estão presentemente a passar, tudo nos faz supor não se ter ainda atingido o máximo de trabalho, visto o número de intervenções realizadas no 1.º semestre do corrente ano ser manifestamente superior a igual período dos anos transactos. No quadro I apresentamos os valores numéricos da totalidade de operações efectuadas de 1941 a 31 de Dezembro de 1947.

QUADRO I

Anos	Número total de operações
1941	30
1942	82
1943	82
1944	130
1945	179
1946	292
1947	306

Por ele se verifica o que atrás dissemos.

No quadro II descriminam-se, para igual período de tempo, os vários tipos de operações realizadas.

QUADRO II

Anos	Toracoplastias (Tempos)	Frenectomias	Cortes aderências	Pleuroscopias	Toracotomias	Extra-pleurais	Outras operações
1941	2	7	19	2	-	-	-
1942	27	7	38	9	1	-	-
1943	19	12	36	11	-	-	4
1944	37	18	64	8	1	-	2
1945	92	19	47	15	4	-	2
1946	153	20	83	28	2	2	4
1947	146	17	97	29	1	16	-

Atinge-se, portanto, o número global de 1101 intervenções, valor manifestamente importante, para um serviço em que tudo foi conseguido à custa de enormes esforços e também com pesado sacrifício para o pessoal de enfermagem que, sem qualquer compensação, se adaptou fácil e rapidamente a funções para que não estava devidamente preparado. Só o grande interesse e a natural dedicação manifestadas em todas as circunstâncias, permitiram que se prosseguisse no caminho traçado. A aquisição de material, feita num ritmo moroso, mercê das fracas possibilidades financeiras do momento, foi um dos obstáculos que mais contribuíram para que o serviço de cirurgia não desempenhasse de modo completo e com a eficiência desejada o papel que lhe foi conferido. Mas, removidas as maiores dificuldades, conseguiu-se nos fins de 1941, entrar num ritmo de trabalho bastante aceitável.

Dada, porém, a exiguidade de dimensões dum serviço, cada vez mais solicitado para uma colaboração íntima com os Dispensários e Sanatórios do País, fácil é supor qual a actividade que foi necessário desenvolver para, com um número tão pequeno de camas, conseguir realizar trabalho apreciável.

De facto os números apresentados dispensam quaisquer comentários, bastando afirmar ser o número total de camas para doentes de cirurgia apenas de 19.

Acentue-se, uma vez mais, que este minúsculo serviço teve de atender às necessidades não só do Sanatório Popular como ainda de todos os dispensários do País.

Foi necessário que a utilização dos leitos se fizesse numa continuidade perfeita e praticamente sem interminências, de tal modo que logo que uma cama vagava era imediatamente ocupada pelo doente que se lhe seguia na ordem de admissão.

Para se evitar qualquer arbitrariedade na admissão dos doentes, o critério adoptado no Instituto é o de promover os internamentos pela ordem da inscrição.

Apesar das instalações cirúrgicas serem duma modéstia extrema e do equipamento da sala de operações ser muito reduzido, não houve a lamentar quaisquer accidentes resultantes destes factores, e a mortalidade operatória para o número total de operações não ultrapassou 7 doentes.

Com o início dos trabalhos de ampliação do Sanatório Popular foi mais uma vez focada a necessidade de alargar também os serviços de cirurgia, não só pelo facto de passar a ter um contingente muito maior de doentes do próprio Sanatório, como ainda para evitar a aglomeração de casos aguardando internamento, muitas vezes por períodos bastante largos. Assim surgiu a ideia, há muito defendida, de criar um centro de cirurgia convenientemente equipado e dispendo das condições necessárias para a execução de todas as intervenções toraco-pulmonares.

Elemento indispensável dentro da organização de luta anti-tuberculosa do nosso País, o centro de cirurgia de Lisboa, cuja construção deve começar dentro em breve, é de uma necessidade inadiável pela simples razão de que a colapsoterapia continua a ser a mais valiosa de todas as armas à disposição do tisiologista para o tratamento da tuberculose.

Num trabalho por um de nós publicado (1), foram focadas com relativo detalhe todas as razões que nos levam a defender a criação dum centro de cirurgia. Tudo o que então escrevemos mantém flagrante actualidade, pois nada se modificou neste capítulo, nem mesmo depois do aparecimento da estreptomycina. Ao contrário do que se poderia supor, o seu emprego permite alargar as indicações operatórias a doentes anteriormente considerados «à priori» excluídos de qualquer terapêutica cruenta. É o caso de indivíduos portadores de lesões brônquicas ou laringeas, para as quais, até então, todos os tratamentos se resumiam a medidas de carácter meramente paleativo, e também doentes com lesões parenquimatosas activas, febris, desde sempre consideradas como pouco susceptíveis de beneficiar pela operação, em consequência dos perigos a que se expõem. Em síntese pode afirmar-se que se a estreptomycina resolve por si só muitos casos clínicos, quando utilizada simultâneamente com os métodos colapsoterápicos gerais, contribue poderosamente para uma nítida melhoria de resultados.

Tem o Sanatório Popular de Lisboa funções docentes determinadas pela necessidade de criar um corpo de Tisiologistas à disposição do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, para provimento de

(1) J. Nunes d'Almeida — Imprensa Médica, 10 de Maio de 1945.

lugares, existentes ou a criar, nos seus variados serviços. Basta esta razão para que o centro de cirurgia se deva contar, o mais breve possível, dentro do vasto programa de realizações que o Director do Instituto sob o alto patrocínio dos Ministros do Interior e Obras Públicas vem metódicamente executando.

De facto, não só os serviços de cirurgia tomam parte activa nos trabalhos dos cursos de tisiologia, como ainda devem estar em condições de poder ministrar ensino a todos os que desejam fazer a sua aprendizagem dentro deste ramo da cirurgia. Não devemos também esquecer que, se o tratamento da tuberculose é sem dúvida a mais importante das suas funções, a sua acção deve estender-se a aquellas situações pulmonares não tuberculosas que se tratam e resolvem apenas por processos cirúrgicos. Este tipo de operações, é hoje ponto fora de discussão, só se pode realizar em boas condições, dispondo de material, organização e pessoal suficientemente especializado. Ora, este conjunto, é apenas possível em clínicas adaptadas ao tratamento deste ramo da patologia, pois o equipamento serve indistintamente para todos os casos e as condições especiais da sua organização e disposição de serviços, permitem internar, sem perigo de contágio, doentes sofrendo de tuberculose ou outras lesões.

Como a construção dum centro cirúrgico, com todos os seus indispensáveis serviços acessórios é demorada, e atenta a escassez de recursos do serviço actualmente existente, foi o seu alargamento incluído dentro das obras em curso no Sanatório do Lumiar de modo que dentro de algum tempo o número de camas atingirá 35 sendo 20 para homens e 15 para mulheres, expoente evidentemente muito baixo em relação às nossas necessidades, mas que, de todo o modo, melhora as condições de trabalho anteriormente existentes. Simultaneamente iniciou-se a renovação do equipamento, de modo a permitir executar, num futuro muito próximo, todas as intervenções sobre o pulmão que, até aqui, nos eram vedadas por falta de condições materiais. Tudo se deve ao grande interesse do Governo por uma instituição que hoje concentra em si a orientação e execução da luta anti-tuberculosa em Portugal e que tão denodada e desinteressadamente para tal vem trabalhando desde o seu início.

O serviço de cirurgia tem por conseguinte a seu cargo, não só a execução das diferentes intervenções para que é solicitado mas também a formação de técnicos para o que necessita de instalações adequadas.

O que se fez, no decorrer dos três cursos de especialização realizados no Sanatório Popular de Lisboa, foi suficiente para dar aos que os frequentaram noções exactas, claras e concisas do valor da colapsoterapia cirúrgica.

Mas de nenhum modo a sua acção atingiu o que se deve exigir dum serviço desta natureza.

Com a sua remodelação actual e pelo facto de melhorarem as condições de trabalho, é de esperar que também sob o ponto de vista didático haja uma maior eficiência, mas mesmo nestas condições o problema ficará por resolver.

Aguardamos, portanto, a construção do centro cirúrgico, como elemento indispensável na luta contra a tuberculose, pois a prova do seu valor está de ante-mão dada, pelo rendimento do actual serviço de cirurgia, onde a boa vontade, devoção e esforço, têm sabido suprir deficiências de material e exiguidades de recursos.

J. Nunes d'Almeida
José Rocheta

Movimento Geral dos Sanatórios em 1947

	H	M	C	Total
Doentes vindos do ano anterior	414	387	394	1.195
Doentes admitidos durante o ano.....	581	547	181	1.309
Total dos doentes tratados.....	995	934	575	2.504
Doentes saídos durante o ano.....	596	538	174	1.308
Doentes internados em 31-12-47.....	399	396	401	1.196

Movimento referido a cada Sanatório

I — Tuberculose pulmonar

Sanatório Sousa Martins

Doentes existentes em 1-1-47.....	120	58	1	179
Doentes admitidos durante o ano.....	138	99	—	237
Total dos doentes tratados.....	258	157	1	416
Sairam durante o ano.....	155	91	1	247
Ficaram internados em 31-12-47.....	103	66	—	169

a) — Estado dos doentes à entrada:

Com lesões unilaterais	89	Cavit.	c/b.	38
			s/b.	11
		Não cavit.	c/b.	1
			s/b.	39
Com lesões bilaterais.....	148	Cavit. uni.	c/b.	62
			s/b.	7
		Cavit. bil.	c/b.	36
			s/b.	7
		Não cavit.	c/b.	2
			s/b.	34
Formas latentes				—

b) — *Doentes distribuídos segundo o tratamento*

Pneumotorax	140
N.º de insuflações.....	2.889
Frenicectomias	4
Operação de Jacobaeus	22
Toracoplastias	8
N.º de intervenções	17
Drenagem de Monaly	1
Tratamento geral n/ activo	241
	433

c) — *Estado dos doentes à saída:*

Curados ou em via de cura	55
Melhorados	110
Estacionários	45
Piorados	27
Falecidos	10
	247

Sanatório Popular de Lisboa

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-47	6	156	9	171
Doentes admitidos durante o ano	107	237	4	348
Total dos doentes tratados.....	113	393	13	519
Sairam durante o ano	106	282	8	396
Ficaram internados em 31-12-47	7	111	5	123

a) — *Estado dos doentes à entrada:*

Com lesões unilaterais	182	Cavit.	c/b.	129
			s/b.	14
		Não cavit. ...	c/b.	13
			s/b.	26
Com lesões bilaterais	166	Cavit. uni. ...	c/b.	64
			s/b.	9
		Cavit. bil. ...	c/b.	37
			s/b.	4
		Não cavit. ...	c/b.	21
			s/b.	22
Formas latentes				9

b) — *Doentes distribuidos segundo o tratamento:*

Pneumotórax	101
N.º de insuflações	2.167
Frenicectomias	12
Operações de Jacobaeus	24
Toracoplastia	40
N.º de intervenções	146
Tratamento geral n/activo	246
Pneumo-peritoneu	7
Pneumotórax extra-pleural	12
» frenicectomia e pneuma-peritoneu	1
» intra-pleural e operação de Jacobaeus	1
Toracoplastias e Drenagem de empiema	1
Pneumotórax e frenicectomia	1
» e operação de Jacobaeus	62
» e toracoplastia	5
Pneuma-peritoneu e frenicectomia	1
Frenicectomia e toracoplastia	2
Pneumotórax extra-pleural e intra-pleural	3
	<hr/>
	519

c) — *Estado dos doentes à saída:*

Curados ou em via de cura	79
Melhorados	149
Estacionários	117
Piorados	33
Falecidos	18
	<hr/>
	396

Sanatório D. Manuel II

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-47	—	—	—	—
Doentes admitidos durante o ano	6	6	—	12
Total dos doentes tratados	6	6	—	12
Saíram durante o ano	—	—	—	—
Ficaram internados em 31-12-47	6	6	—	12

a) — *Estados dos doentes à entrada:*

Com lesões unilaterais	9	Cavit.	c/b.	2
			s/b.	—
		Não cavit. ...	c/b.	1
			s/b.	6
Com lesões bilaterais	3	Cavit. uni. ...	c/b.	—
			s/b.	1
		Cavit. bil.	c/b.	—
			s/b.	1
Não cavit. ...	c/b.	—		
	s/b.	1		
Formas latentes				—
				12

b) — *Doentes distribuídos segundo o tratamento:*

Pneumotórax		2
N.º de insuflações	12	
Tratamento geral n/activo		10
		12

c) — *Estado dos doentes à saída:*

Curados ou em via de cura	—
Melhorados	—
Estacionários	—
Piorados	—
Falecidos	—

Sanatório Dr. João de Almada (Funchal)

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-47	51	55	2	108
Doentes admitidos durante o ano	78	87	18	183
Total dos doentes tratados	129	142	20	291
Sairam durante o ano	70	71	9	150
Ficaram internados em 31-12-47	59	71	11	141

a) — *Estado dos doentes à entrada:*

com lesões unilaterais	109	Cavit.	c/b.	38
			s/b.	2
		Não cavit. ...	c/b.	28
			s/b.	41

Com lesões bilaterais	74	Cavit. uni.	c/b.	29
			s/b.	—
		Cavit. bil.	c/b.	3
			s/b.	1
		Não cavit.	c/b.	29
			s/b.	12
				183
Formas latentes				—

b) — Doentes distribuídos segundo o tratamento:

Pneumotórax	121
N.º de insuflações	2.097
Sais de ouro	6
Frenicectomias	2
Operação de Jacobaeus	9
Tratamento geral n/activo	120
Toracenteses	7
Pneumo-peritoneu	1
Pleuroscopia	4
Sais de ouro e pneumotórax	8
Pneumotórax e toracentese	12
Pneumo-peritoneu e toracentese	1
	291

c) — Estado dos doentes à saída:

Curados ou em via de cura	7
Melhorados	67
Estacionários	35
Piorados	21
Falecidos	20
	150

Sanatório Distrital de Viseu

	H	M	C	Tota
Doentes existentes em 1-1-47	11	12	—	23
Doentes admitidos durante o ano	39	37	—	76
Total dos doentes tratados	50	49	—	99
Saíram durante o ano	16	13	—	29
Ficaram internados em 31-12-47	34	36	—	70

a) — *Estado dos doentes à entrada:*

Com lesões unilaterais	24	{ Cavit. { c/b. 9 { s/b. 6 { Não cavit. ... { c/b. — { s/b. 9			
Com lesões bilaterais	52		{ Cavit. uni. ... { c/b. 15 { s/b. 4 { Cavit. bil. { c/b. 24 { s/b. 5 { Não cavit. ... { c/b. — { s/b. 4		
Formas latentes					—
					76

b) — *Doentes distribuídos segundo o tratamento:*

Pneumotórax		55
N.º de insuflações	959	
Frenicectomias		1
Toracoplastias		8 (a)
Tratamento geral n/activo		32
Pneumotórax e pneuma-peritoneu		1
» e aspiração endo-pleural		2
		<hr/> 99

c) — *Estado dos doentes à saída:*

Curados ou em via de cura		—
Melhorados		4
Estacionários		9
Piorados		8
Falecidos		8
		<hr/> 29

Sanatório Dr. Rodrigues de Gusmão

Doentes existentes em 1-1-47	28	28	—	56
Doentes admitidos durante o ano	26	30	—	56
Total dos doentes tratados	54	58	—	112
Saíram durante o ano	26	29	—	55
Ficaram internados em 31-12-47	28	29	—	57

a) — Estado dos doentes à entrada:

Com lesões unilaterais	21	Cavit.	c/b.	2
			s/b.	3
		Não cavit. ...	c/b.	4
			s/b.	12
Com lesões bilaterais	35	Cavit. uni. ...	c/b.	9
			s/b.	2
		Cavit. bil.	c/b.	17
			s/b.	—
Não cavit. ...	c/b.	1		
	s/b.	3		
Formas latentes				3

56

b) — Doentes distribuídos segundo o tratamento:

Pneumotórax		40
N.º de insuflações	734	
Tratamento geral n/activo		69
Tratamentos associados		3
		<hr/> 112

c) — Estado dos doentes à saída:

Curados ou em via de cura	6
Melhorados	25
Estacionários	10
Piorados	7
Falecidos	7
	<hr/> 55

Sanatório Dr. António Vaz de Macedo

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-47	11	9	—	20
Doentes admitidos durante o ano	16	18	—	34
Total dos doentes tratados	27	27	—	54
Saíram durante o ano	12	15	—	27
Ficaram internados em 31-12-47	15	12	—	27

a) — *Estados dos doentes à entrada:*

Com lesões unilaterais	13	Cavit.	c/b.	7
			s/b.	—
		Não cavit. ...	c/b.	1
			s/b.	5
Com lesões bilaterais	21	Cavit. uni. ...	c/b.	12
			s/b.	—
		Cavit. uni. ...	c/b.	5
			s/b.	—
		Não cavit. ...	c/b.	3
			s/b.	1
				34
Formas latentes				—

b) — *Doentes distribuídos segundo o tratamento:*

Pneumotórax		17
N.º de insuflações	237	
Tratamento geral n/activo		37
		54

c) — *Estado dos doentes à saída:*

Curados ou em via de cura	9	
Melhorados	14	
Estacionários	1	
Piorados	—	
Falecidos	3	
		27

Sanatório da Ajuda

	H	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-47	102	—	11	113
Doentes admitidos durante o ano	153	—	7	160
Total dos doentes tratados	255	—	18	273
Sairam durante o ano	162	—	7	169
Ficaram internados em 31-12-47	93	—	11	104

a) — *Estado dos doentes à entrada:*

Com lesões unilaterais	38	Cavit.	c/b.	5
			s/b.	7
		Não cavit. ...	c/b.	11
			s/b.	15
Com lesões bilaterais	115	Cavit. uni. ...	c/b.	24
			s/b.	9
		Cavit. bil.	c/b.	56
			s/b.	0
Não cavit. ...	c/b.	15		
	s/b.	11		
Formas latentes				7
				160

b) — *Doentes distribuidos segundo o tratamento:*

Pneumotórax		114
N.º de insuflações	1.037	
Sais de ouro		5
Operações de Jacobaeus		1
Toracoplastia		1 (a)
Tratamento geral n/activo		152
		2

c) — *Estado dos doentes à saída:*

Curados ou em via de cura	18	
Melhorados	49	
Estacionários	47	
Piorados	32	
Falecidos	23	
		169

II — Tuberculose Osteo-articular

Sanatório Marítimo do Outão

	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-47	41	303	344
Doentes admitidos durante o ano	19	128	147
Total dos doentes tratados	60	431	491
Doentes saídos durante o ano	22	122	144
Ficaram internados em 31-12-47	38	309	347

Estado dos doentes à saída:

Curados ou em via de cura	117
Melhorados	20
Estacionários	4
Piorados	1
Falecidos	2
	<hr/>
	144

Sanatório Marítimo Dr. José de Almeida

	M	C	Total
Doentes existentes em 1-1-47	28	68	96
Doentes admitidos durante o ano	14	24	38
Total dos doentes tratados	42	92	134
Doentes saídos durante o ano	15	27	42
Ficaram internados em 31-12-47	27	65	92

Estado dos doentes à saída:

Curados ou em via de cura	24
Melhorados	11
Estacionários	5
Piorados	1
Falecidos	1
	<hr/>
	42

Sanatório Marítimo da Gelfa

	H
Doentes existentes em 1-1-47	85
Doentes admitidos durante o ano	18
Total dos doentes tratados	103
Doentes saídos durante o ano	49
Ficaram internados em 31-12-47	54

Estado dos doentes à saída:

Curados ou em via de cura	7
Melhorados	36
Estacionários	4
Piorados	2
Falecidos	—
	49

PREVENTÓRIO

Crianças internadas em 1-1-47	63
Crianças admitidas durante o ano	42
Crianças saídas durante o ano	32
Ficaram internadas em 31-12-47	73

B. C. G. e Tuberculose

J. Nunes de Almeida

O interesse da vacinação pelo B. C. G. é hoje admitido por todas as Escolas de Tisiologia, pois as estatísticas demonstram o seu valor indiscutível na luta contra a tuberculose.

Não podia por este motivo ficar indiferente a Direcção do I. A. N. T. quanto à sua aplicação em larga escala entre nós, à semelhança do que noutros países se tem feito.

São várias as causas que se têm oposto a mais esta realização do programa de combate à tuberculose que este Instituto vem há muito desenvolvendo.

Porque nos aproximamos finalmente do início da campanha do B. C. G., parece-nos interessante e oportuno resumir um artigo do Dr. HEAF aparecido no Monthly Buletin of the Ministry of Health, de Novembro de 1947 e transcrito no Boletim da National Association for the Prevention of Tuberculosis (NAPT), de Abril de 1948.

A doutrina nele expressa fornece alguns detalhes sobre a administração do B. C. G. na Escandinavia e foca os problemas que com eles se relacionam.

As condições, precárias sobre vários aspectos, em que nos encontramos, permitem considerar o nosso País como podendo beneficiar largamente do uso sistemático do B. C. G., por ser uma das mais valiosas e importantes medidas profiláticas a pôr em prática.

Como a Direcção do I. A. N. T. já expôs sobre este assunto a orientação a seguir passamos a transcrever o artigo em questão, depois de resumido e omitindo o que se refere ao uso do B. C. G. em Londres, ainda que, de certo modo, a matéria exposta se pudesse aplicar ao nosso caso:

«Na Escandinavia o B. C. G. vem sendo usado desde 1926, mas a vacinação sistemática iniciou-se na Noruega em 1928, na Dinamarca em 1930 e finalmente na Suécia em 1927. Não há dúvida que as autoridades que dirigem os Serviços da Saúde Pública crêm firmemente que se

obtem uma protecção eficaz pelo uso do B. C. G., o que tem sido confirmado nos últimos 20 anos pelas estatísticas sobre o assunto publicadas.

Na Noruega, devido aos trabalhos de Heimbeck pensa-se mesmo em apresentar ao Parlamento um projecto de lei tornando a vacinação anti-tuberculosa obrigatória.

Também Hertzberg atribui o facto de se não ter verificado um aumento apreciável do número de casos de tuberculose durante a ocupação alemã da Noruega ao uso do B. C. G., As suas estatísticas mostram, para a cidade de Oslo, que enquanto os indivíduos até à idade de 50 anos não vacinados apresentam uma mortalidade correspondente a 100, nos vacinados este valor desce a 18. Na Dinamarca a vacinação pelo B. C. G. tem sido praticada na Ilha de Bornholm (população 46.500) desde 1936. Em 1940 a totalidade da população entre os 7 e os 35 anos foi examinada e os tuberculino-negativos convidados a vacinarem-se. Desde então o número de novos casos de tuberculose entre os 15 e os 30 anos desceu de forma notável.

Na Suécia o trabalho de Wallgren foi considerado bastante convincente para que se recomendasse a generalização do emprego do B. C. G. a todas as crianças nascidas em maternidades e ainda para determinadas classes sociais que pela sua exposição ao contágio são excepcionalmente ameaçadas: Enfermeiras, Estudantes de medicina, Recrutas, etc..

É evidente que além das medidas de vacinação foram também instituídas outras, tendentes a eliminar a tuberculose destes países, objectivo relativamente fácil de atingir, dado o reduzido número dos seus habitantes. Os serviços oficiais promovem uma intensiva pesquisa de novos casos, especialmente tuberculosos abertos, para imediato isolamento. A tuberculose bovina, cuja importância é desnecessário enaltecer, também vem sendo combatida eficazmente desde 1935; portanto é necessário não esquecer estes factos quando se apreciam os resultados da vacinação pelo B. C. G. De tudo isto resulta que nos países escandinavicos o risco da infecção pela tuberculose é inferior ao do resto da Europa. Só assim se compreende que o número de falecimentos por meningite tuberculosa em crianças com menos de 5 anos, no decurso de 1945, seja apenas de 28 em toda a Dinamarca.

O facto do contágio ser muito mais fácil nos outros países é precisamente uma razão para que a vacinação pelo B. C. G. se deva fazer de uma forma sistemática, pois todas as razões nos levam a admitir a eficácia da vacina e a necessidade do seu emprego nos indivíduos mais expostos.

É evidente que os vacinados também podem vir a apresentar lesões tuberculosas no decurso da sua existência. E assim em 1944 observa-

ram-se em Estocolmo entre 200 e 300 casos de tuberculose em indivíduos vacinados. Mas posteriormente provou-se que alguns se tinham contagiado antes da vacinação.

Pelo que se refere à preparação do B. C. G. é evidente a necessidade de criar laboratórios especiais, onde a vacina seja preparada tomando todas as precauções necessárias para evitar a sua contaminação. É aconselhável, quando se começa a preparar o B. C. G. obter produtos estabilizados de um laboratório idóneo com o fim de conseguir uma vacina de potência tanto quanto possível constante. Em nenhum caso se deve permitir a comercialização do B. C. G.

A vacina deve ser conservada em frigorífico e a sua utilização deve-se verificar no espaço máximo de 10 dias. Na Escandinavia existem duas espécies de vacina: a primeira com uma concentração de 0,5 miligramas por c. c., para uso intra-dérmico; outra de 20 miligramas por c. c. para escarificações. A vacinação pratica-se em geral por via intra-dérmica na região dos deltoides nos homens e na coxa nas mulheres e crianças. A reacção local aparece por via de regra com o aspecto de uma pápula de 1 a 10 milímetros de diâmetro que cura sem deixar escara. As complicações são extremamente raras mas se a vacina se administra por via subcutanea, ou intra-dérmica muito profunda, pode originar a formação de um abcesso ou úlcera, cuja cicatrização é mais demorada tendo levado, em casos raros, 12 a 18 meses. Nas crianças as complicações locais são mais frequentes que nos adultos e é essa a razão por que naquele caso é preferível adotar o método de picada usando para tal se for necessário, B. C. G. de 20 a 40 miligramas por c. c.. O número de complicações decresce, como é natural, à medida que o uso da vacina se generaliza.

Na Escandinavia faz-se a vacinação conjugada com a fotoradiografia em massa. A reacção de Mantoux executa-se no momento em que se faz a radiografia e no caso de não haver lesões radiológicas e a cuti-reacção ser negativa administra-se o B. C. G.. Um cuidado ha que ter com os seguintes grupos de individuos: Enfermeiras, Estudantes de medicina, rapazes saídos das escolas, recrutas, professores, mulheres grávidas, marinheiros, dentistas e finalmente todos os individuos que estejam particularmente expostos à infecção.

Todo o individuo tuberculino-negativo deve ser isolado de qualquer possível contacto com o bacilo, por um período de 6 a 8 semanas. No caso de pessoas nestas condições cohabitando com tuberculosos, deve

proceder-se o mais rapidamente possível à sanatorização destes e ao internamento dos primeiros em casas de repouso onde ao fim de 8 semanas se pratica nova reacção de Mantoux. Se esta se mantém negativa administra-se 0,1 c. c. de B. C. G. continuando o isolamento por mais 6 a 8 semanas, após o que geralmente se verifica a viragem da cuti-reacção, podendo então o indivíduo observado voltar ao meio contagiante. Se depois da primeira administração do B. C. G. o Mantoux continua negativo volta a fazer-se nova inoculação seguida de nova cuti-reacção findo o período habitual. Aqueles indivíduos que não vivem em meio particularmente infectante não necessitam permanecer isolados nas condições atrás descritas. Executam-se os mesmos «Tests» com os mesmos intervalos, ma permite-se o trabalho diário. Uma especial atenção se liga aos recém-nascidos, filhos de mães tuberculosas com o fim de eliminar a sua possível infecção antes da administração da vacina. Com este objectivo pratica-se a inoculação do B. C. G. entre 6 a 24 horas após o nascimento depois do que se isolam da mãe, até ao aparecimento de uma cuti-reacção positiva. Se a mãe não sofre de tuberculose aberta, o filho é-lhe entregue; em caso contrário deve prosseguir em estado de isolamento. Nalguns centros, com o fim de obter resultados seguros, administra-se o B. C. G. em dois locais diferentes se bem que simultaneamente: deltoides ou coxas. Mesmo nestas circunstâncias a viragem da cuti-reacção pode demorar 12 semanas para se observar. É sempre conveniente que os indivíduos vacinados sejam seguidos durante vários anos para o que se devem fazer radiografias anuais durante 10 anos e, quando se trate de crianças, reacções à tuberculina também todos os anos. Desde que se verifique, num destes indivíduos uma cuti-reacção negativa, convém proceder a nova vacinação.



Informações

1.º Congresso Internacional do B. C. G.

No próximo mês de Junho, de 18 a 25, vai realizar-se em Paris, o 1.º congresso Internacional do B. C. G., sob o patrocínio do presidente da república francesa e dos membros do Governo daquele país.

Todos os esclarecimentos acerca desta realização, podem ser pedidos ao Secretariado Geral do B. C. G., Instituto Pasteur, Rua do Dr. Roux, 25 — Paris, XV.

Congresso Internacional da Saúde Mental

Vai realizar-se em Londres, de 11 a 21 de Agosto do ano corrente, um Congresso Internacional de Saúde Mental, terceiro que se realiza para estudo dos problemas que à saúde mental se referem. Dele fazem parte três conferências internacionais distintas, embora todas referentes a esse tema comum: Psiquiatria Infantil, Psicoterapia Médica e Higiene Mental.

Como delegado da Comissão organizadora do Congresso em Portugal foi escolhido o Dr. Fernando Ilharco, director do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul e do Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa (Avenida Alferes Malheiro, 53 — Lisboa), a quem podem ser pedidas quaisquer informações pelos interessados em assistir ao Congresso ou em receber as suas publicações e que são todos quantos se interessem pelos assuntos médicos, pedagógicos ou sociológicos em geral.

Sanatório D. Manuel II

Foi aberto concurso para provimento de lugares de assistente deste Sanatório.

Total		Feminino		Masculino	
A	B	A	B	A	B
1	191	49.385	191		Adriano
2	13	51.447	13		Agada
3	2	41.073	2		Alcobaça
4	30	53.413	30		Almada
5	120	48.123	120		Amarela
6	34	20.884	34		Andra
7	787	47.843	787		Aviary
8	910	74.803	910		Bacelos
9	197	16.197	197		Bacellos
10	27	20.003	27		Bacellos
11	107	46.003	107		Bela
12	143	57.803	143		Braga
13	101	81.473	101		Bragança
14	198	26.843	198		Calva de Riba
15	2	8.243	2		Castelo Mayor
16	107	61.203	107		Castelo Branco
17	62	22.803	62		Carva
18	119	60.803	119		Castell
19	201	50.103	201		Castell
20	2	22.873	2		Castell
21	141	41.473	141		Castell
22	207	61.007	207		Castell
23	190	16.173	190		Castell de Alentejo
24	22	43.003	22		Castell de Alentejo
25	143	39.413	143		Castell de Alentejo
26	12	20.883	12		Castell de Alentejo
27	22	51.203	22		Castell de Alentejo
28	207	53.007	207		Castell de Alentejo
29	61	75.703	61		Castell de Alentejo
30	248	21.843	248		Castell de Alentejo
31	201	71.003	201		Castell de Alentejo
32	64	14.203	64		Castell de Alentejo
33	197	80.203	197		Castell de Alentejo
34	20	12.403	20		Castell de Alentejo
35	19	12.403	19		Castell de Alentejo
36	19	12.403	19		Castell de Alentejo
37	19	12.403	19		Castell de Alentejo
38	19	12.403	19		Castell de Alentejo
39	19	12.403	19		Castell de Alentejo
40	19	12.403	19		Castell de Alentejo
41	19	12.403	19		Castell de Alentejo
42	19	12.403	19		Castell de Alentejo
43	19	12.403	19		Castell de Alentejo
44	19	12.403	19		Castell de Alentejo
45	19	12.403	19		Castell de Alentejo
46	19	12.403	19		Castell de Alentejo
47	19	12.403	19		Castell de Alentejo
48	19	12.403	19		Castell de Alentejo
49	19	12.403	19		Castell de Alentejo
50	19	12.403	19		Castell de Alentejo

Fábrica Portugal

S. A. R. L.

LISBOA



MOBILIÁRIO METÁLICO
EM TODOS OS GÉNEROS



Instalações completas para:

Hospitais - Sanatórios - Casas de Saúde
Misericórdias - Consultórios, etc.



Salas de Exposições:

Rua Febo Moniz, 2 a 20 * Praça dos Restauradores, 49 a 57
Av. da República * Av. Elias Garcia * Rua da Graça, 82 a 84



AMINO-TÓNICO

« PASTEUR »

AMINOÁCIDOS

VITAMINAS

F E R R O

F Ó S F O R O



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

União Comercial de Louças e Vidros, Lda.

Casa Fundada em 1922

EXPEDIÇÕES DE LISBOA
OU DIRECTAMENTE DAS FÁBRICAS

Faiança, Porcelana, Esmalte, Alumínio,
Cutelarias, Vidraria, Garrações, Vasilhame,
Metais e todos os artigos de ménage

VIDRAÇA LISA, FOSCA E Prensada e todos
os artigos de vidro para construções

FORNECIMENTO

para Hospitais, Casas de Saúde e Quartéis

Telef. 20238 | VENDAS POR ATACADO | LISBOA
| PREÇOS DAS FÁBRICAS |

77 - RUA DA GLÓRIA - 87 (Junto à Avenida da Liberdade)

Aparelhos de Raios X

Diatermia — Ondas ultra-curtas, etc.

AMPOLAS
CHASSIS

VÁLVULAS
E CRANS

E TODOS OS DEMAIS ACESSÓRIOS

EM DEPÓSITO PARA ENTREGA IMEDIATA

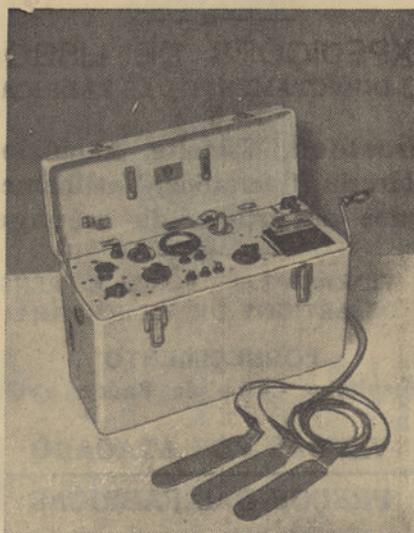
Sociedade Comercial Mattos Távares, Lda.

Rua dos Sapateiros, 39-2.º — LISBOA

Telefones: 25701-25704

Telegramas: Ustamante

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



ELECTROCARDIÓGRAFO

MODELO JÚNIOR

Fácilmente portátil em caixa com o peso aproximado de dez quilos.

Garantimos

a assistência técnica permanente para os muitos aparelhos a funcionar em todo o Império Português.

Temos sempre papel especial e pilhas frescas de reserva.

SIEMENS REINIGER

S. A. R. L.

LISBOA

R. de Santa Marta, 33-1.º
Telefone 44329

COIMBRA

Farmácia Castelo
Telefone 2825

PORTO

R. Cândido dos Reis, 116
Telefone 106

COMPOSIÇÃO MECÂNICA

★

**TIPOGRAFIA
SILVAS, LIMITADA**

RUA D. PEDRO V, 120
LISBOA

TELEFONE: 23121

★

ENCADERNAÇÕES DE LUXO

Companhia Industrial Portuguesa

Sociedade Anónima de Responsabilidade Limitada

Aduos químicos, orgânicos e compostos
Superfosfatos e ácidos sulfúricos

Sede em Lisboa: **Praça D. João da Câmara, 11-3.**

Telefones:

24756 → 26105 — SEDE

Endereço Telegráfico: «SANIRIA»

Código: «RIBEIRO»

ARMAZÉM DE VIDROS: 24493

PÓVOA DE SANTA IRIA - Tel. N.º 4

VIDROS - CRISTAIS E LUSTRES

MARINHA GRANDE — Tel. N.º 24

GESSOS DE ESTUQUE - LENHITES

MINAS - C. R. — Telefone N.º 192

ÓBIDOS (Caldas da Rainha) Tel. N.º 192

O estado actual da luta contra a Tuberculose em Portugal

Pelo DR. JOSÉ ROCHETA

Edição da

Livraria Luso-Espanhola, Limitada

Rua Nova do Almada, 88

LISBOA

Trav. do Carmo, 20-A, 1.º
PORTO

Rua da Sofia, 78-1.º
COIMBRA

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