

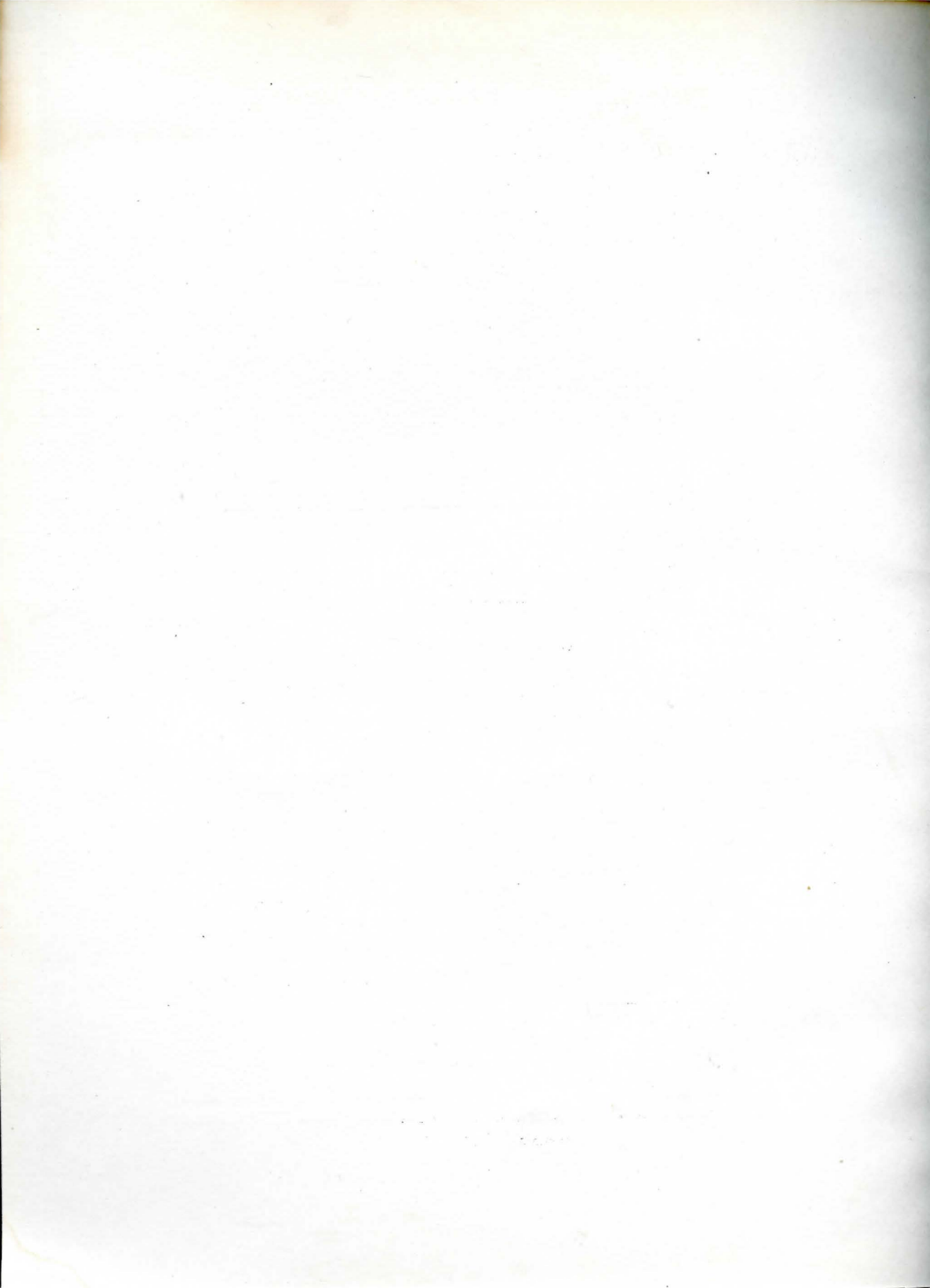
Caixa 26
10



A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E O NÍVEL
SANITÁRIO DE ANGOLA

LAVRADOR RIBEIRO





A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA E O NÍVEL SANITÁRIO DE ANGOLA

LAVRADOR RIBEIRO

I

No policromo matiz da nosologia endémica de Angola, avultam, como entidades de maior peso, na morbilidade ou no decesso, além do sezonismo e da hipnose, o parasitismo intestinal, a bilharziase, boubas, lepra e doenças da árvore respiratória (gripes e pneumonias), nitidamente autóctones, ao lado de outras de suposta importação, como a tuberculose, sífilis, febre tifóide, a meningite cérebro-espinal e, mais recentemente, a poliomielite.

Umhas doenças, como a lepra, mantêm-se pouco expansivas, sem aqueles rumores espectaculares da epidemia o que induz na persuasão falsa da sua inocência outras, porém, avivam-se, de tempos a tempos, de estação para estação, avolumando-se algumas, em vagas preocupantes, como a gripe e a meningite cérebro-espinal.

Em qualquer das hipóteses, seja qual for o aspecto evolutivo que caracterize o andação, é sempre grande o cuidado que aos Serviços de Saúde da Província traz a ocorrência, porque a eles cabe, naturalmente, velar, dentro das possibilidades curativas e profiláticas, pela segurança e perpetuação da riqueza demográfica tutelada pelo Estado.

E, se bem que o reingresso do doente ao estado de higidez faça parte da curadoria assistencial cometida aos Serviços de Saúde oficiais que disso se não podem escusar, desde já, dado o baixo nível compreensivo dos povos nativos, perante recomendações de ordem

higiênica que se lhes insinuem, é fora de dúvida que a profilaxia, num território imenso como Angola, com população magramente densificada, invadido por autênticos flagelos, da amplitude do parasitismo intestinal, da hipnose e do sezonismo, sobreleva em merecimento, o amparo dispensado ao doente, já porque, mesmo dentro das formas menos letais, como as boubas e a sífilis, a cura, nem obvia à perda de dias para o trabalho, nem garante a recuperação do potencial produtivo do doente, nem evita a queda da natalidade que tanto compromete os saldos fisiológicos, já porque é duvidosa a poupança da vida, com a pretensão da cura.

De modo que o grande norte da actividade sanitária, num país em formação, de inferior teor educativo, eivado ainda de preconceitos primários e corroído por doenças, quer esporádicas quer endémicas, é sobretudo de natureza preventiva, ainda que tal prevenção se tenha que impor coactivamente, com o mesmo direito com que se impõe ao cidadão a defesa da pátria e se tributa, conforme os seus rendimentos.

II

O panorama morbigénio de Angola, na sua feição endémica, processa-se tal como mostra o quadro junto que sumariza a evolução nosológica, num decénio recente: (1942-1951).

Do cotejo das rubricas e respectivos níveis, constata-se a quase ausência das chamadas pestilências. E assim é que a cólera e o tifo exantemático não figuram no rol nem nunca marcaram lugar, nas estatísticas sanitárias de Angola, posto que da última sofram a agressão terras vizinhas ou com as quais mantemos relações estreitas: Congo Belga, União Sul Africana, Tanganica, Rodésia do Sul, África Equatorial Francesa, Costa do Ouro e Nigéria. A peste, cuja evolução se desenrolou ao longo do litoral de Angola com pequenas penetrações pelo *hinterland*, iniciou-se nos alvares de 1921, para deixar de rumorejar nos princípios de 1937, há quinze anos, portanto. Temos, entretanto, povos vizinhos a quem ela incomoda ainda: Congo Belga, União Sul Africana, Tanganica e Rodésia do Norte.

Quanto à febre amarela que tocou estas terras, com certo arremetimento de andaço mortífero, por alturas de 1860-1861, quando, em

Designação das doenças	1942		1943		1944		1945		1946		1947		1948		1949		1950		1951	
	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O
Sezonismo (a)	64.640	788	55.229	804	58.401	928	63.307	176	52.005	256	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Formas perniciosas do sezo- nismo	249	214	1.225	169	213	169	207	163	217	103	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Biliosas Hemoglobinúricas . .	234	64	128	26	198	77	129	42	71	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ancilostomiase e Disenteria																				
Amib	6.526	108	7.506	163	7.541	141	8.781	150	6.859	102	5.378	101	5.695	82	9.593	56	5.859	65	6.370	58
Beribéri	163	7	144	17	310	7	151	13	170	15	112	14	160	1	130	1	188	4	661	5
Bilharziase	2.001	7	2.207	3	3.132	1	3.411	5	3.391	2	4.081	3	2.952	—	4.742	—	6.986	4	6.051	2
Febre tifóide e parat.	172	17	149	19	233	25	100	18	142	15	257	26	248	18	291	43	249	14	334	13
Gripe infecciosa	12.052	147	11.848	185	11.951	154	13.767	137	15.572	90	10.339	43	10.524	22	14.280	24	13.133	18	5.636	30
Lepra	96	1	84	—	75	10	159	3	161	2	97	8	67	1	71	—	3.205	4	1.084	8
Meningite epidémica	12	5	21	6	67	19	832	69	731	113	303	58	320	55	484	73	319	39	356	43
Pian	7.592	—	9.659	—	1.205	—	11.607	—	11.225	13	6.171	3	5.618	2	4.891	1	4.191	—	4.352	15
Pneumonia e broncopneumonia	2.070	253	2.312	306	2.711	326	3.252	296	3.819	218	3.318	197	3.967	202	4.158	182	3.782	—	5.766	224
Sifilis	5.016	18	5.244	7	5.196	10	5.287	6	5.174	10	4.671	16	5.404	16	4.800	8	4.929	17	5.971	11
Tuberculose pulmonar	599	57	587	73	641	103	677	155	823	99	847	111	930	119	928	161	1.056	100	1.247	213
Varicela	857	3	513	1	538	1	746	1	771	1	1.061	3	1.316	6	1.455	5	1.792	4	1.047	1
Varíola	220	9	255	3	75	—	111	2	151	7	266	5	480	11	384	7	488	9	81	2
Hipnose	2.277	158	2.446	163	2.420	146	2.269	149	3.520	259	3.474	301	3.647	196	4.318	142	2.499	145	1.052	100

(a) Não sendo o Sezonismo doença de declaração obrigatória, apenas podemos invocar os números incertos nos Boletins Sanitários publicados.

Luanda, vitimou o próprio bispo de então e o cirurgião-mor Miguel Augusto Jordão da Veiga, manteve activa a sua virulência até, pelo menos, 1870, após o que se silenciou de tal modo que, se não fora a revelação do diagnóstico retrospectivo, dos *tests* de protecção que, em 1934, Beevkes empregou com onze casos positivos, dentro dos 950 exames feitos, nas áreas do Golungo Alto, Catete, Múxima, Lobito, São Salvador e Santo António do Zaire, dir-se-ia que a febre amarela abandonara de vez Angola. Resta a variola, na sua multi-forme expressão clínica, se não de todo erradicada, nem tão-pouco acusando, nos últimos trinta anos, uma queda vertical na sua incidência, isenta já daquelas formas confluentes e letais em que o índice de mortalidade atingia as médias de quarenta e cinquenta por cento dos casos.

Todavia, pensamos que esta situação aparentemente lisonjeira das pestilências em Angola não desobriga, de forma alguma, a expectativa armada e a apreciação epidemiológica, pelo menos no que respeita à febre amarela, inovada com a forma selvática que lavra em terras indemnes do habitual transmissor, à peste cuja última surpresa que nos trouxe foi a invasão do seu segundo surto operada por via terrestre e à variola que temos a obrigação de, praticamente erradicar.

Pondo de banda a hipnose que merece, neste Congresso, a cuidada revisão do meu ilustre colega Dr. Pinto da Fonseca, superintendente no combate a essa endemia e a cujo comentário eu nada poderia acrescentar de novo ou com proveito, limitar-me-ei a simples considerações, acerca de certos aspectos epidemiológicos de algumas doenças endémicas que, supondo deverem merecer certo grau de meditação, justificam, de caminho a ideia da criação dum organismo consultivo técnico, com funções de pesquisa, nos moldes de idênticas instituições espalhadas pelo continente africano.

Comecemos pelo sezonismo.

Esta endemia cujo alvor de conjugação dos três elos do contágio se perde na noite dos tempos, constitui uma verdadeira pandemia que invade os mais recônditos lugares de Angola, com gravame sério para o desenvolvimento económico, pelo reflexo na demografia indígena e como obstáculo à fixação do colonato europeu.

Se as guerras intestinas trouxeram o desbarato da juventude válida, a alimentação precoce e desregrada a elevada taxa de mor-

talidade infantil e a hipnose, o destroço das populações ribeirinhas do vale do Quanza, em fins do século passado, a malária tem vindo dando, desde tempos imemoriais, além dos dias perdidos para o trabalho, no arroteio da terra, o enfraquecimento orgânico dos povos, rebaixamento de nível de fecundação, aumento de esterilidade e embaraço sério para uma colonização apreciável, nas terras mais adequadas ao desenvolvimento agro-pecuário.

Se bem que o Estado não haja descurado o problema, pois, muitos anos antes da descoberta do agente etiológico, já os governos se esforçavam por abastecer a colónia com grandes quantidades de sais de quinino, única arma de que então se dispunha para combater as maleitas, a verdade é que as sessenta mil incidências anuais, verificadas pelos organismos sanitários, num cômputo muito aquém da incidência real, impõem a necessidade duma acção mais enérgica e sobretudo coordenada, sendo, para isso, fundamental o estudo dos três elementos de contágio: plasmódio, mosquito e homem. Entretanto, leituras descontínuas, dos índices esplénicos e parasitários, feitas em épocas diferentes do ano e em locais restritos, subsidiaram, com toda a inerente insuficiência de métodos e directrizes, a urdidura da carta de distribuição de sezonismo em Angola. Por ela se constata a existência duma linha imaginária separativa das duas zonas de endemicidade: a hiper-endémica a oeste e norte e a hipo-endémica a sul e leste, matizadas ambas com pequenos núcleos de feição diferente, por razões de ordem meramente local. Esta linha seguiria da costa marítima, ao nível do paralelo 15° até cruzar-se com o meridiano 13° L., daí inflectindo-se um pouco para norte, próximo da longitude de 14°, progredindo sempre para nordeste até ao paralelo 11°, onde se cruza com o meridiano 17° L., para, depois, se prolongar em subida que não ultrapassa 1°, até à fronteira oriental.

E a mesma boa vontade que presidiu à confecção deste cartograma permitiu a constatação da frequência do plasmódio ocorrente e, por ordem decrescente, deste modo; *Vivax*, *falciparum*, *malariae* e oval, bem como a classificação dos anofelis capturados, das seguintes espécies: *costalis*, *funestus*, *paludis*, *pharoensis*, *pretoriensis*, *obscurus* e *coustani*; ignorando-se porém, o grau de responsabilidade de cada um na transmissão do sezonismo.

Ora, não seria desinteressante a revisão destes trabalhos por agente qualificado, já por motivo de ordem especulativa, já, e sobre-

tudo, por razão meramente prática de interesse para o combate ao sezonismo, em profundidade.

Pelo que respeita ao parasitismo intestinal, não exageramos ao afirmar que ele constitui, depois do sezonismo, o maior flagelo das populações nativas de Angola e um dos grandes óbices postos ao seu desenvolvimento econômico pelo condicionamento duma baixa capacidade de trabalho, injustamente atribuída à inércia racial. A acção espoliadora do parasitismo intestinal é facilmente compreensível, se dissermos que, existindo o hospedeiro com quatro, cinco e até seis espécies parasitárias, o índice de infestação em que dominam o ancilostoma e o tricocéfaló, oscila entre oitenta e noventa por cento, em vastos sectores regionais.

A bilharzíase vesical, posto que não assuma as proporções gigantescas que tem, por exemplo, no Egipto, ainda, no ano findo, registou 6.051 ocorrências controladas e que emergiram mais acentuadamente na metade ocidental e norte da Província. Convém esclarecer a responsabilidade dos diferentes sistemas hidrográficos e lacustres, infestados com o hospedeiro intermediário de que já conhecemos as espécies *Planorbis*, *Physopsis* e *Bullinus*, classificadas por malacologista qualificado, mas estamos ainda na ignorância quanto à responsabilidade de cada espécie na propagação da bilharzia. Ainda acerca desta entidade nosológica, conviria definir a natureza das chamadas Miquilas ou Máculó que uns supõem ser uma manifestação bilhárzica, tendo como agente o shistozoma hematóbio que infestaria, secundariamente, a área rectal e outros entendem dever ser uma bilharzíase de etiologia Mansónica.

As boubas, sendo uma espiroquetose com particular predilecção pela raça negra, acantonam-se no noroeste da Província, quase totalmente aquém Quanza. Sendo espécie mórbida de insignificante mortalidade, tende a irradiar para sul e leste, devido à mobilidade do pessoal trabalhador rural, sendo de considerar os perigos do seu terciarismo, com as mutilações a que dá lugar e o enfraquecimento orgânico que ocasiona, tornando o preto mais receptivo, perante outras agressões patológicas; e se, no campo da terapêutica, tem sido possível, nalgumas emergências, sustar o contágio, com a cura das formas abertas, pela administração dos sais de bismuto em suspensão oleosa, seria oportuno empreender uma esterilização maciça depois de feito um inventário piânico.

A meningite cérebro-espinal que, ainda nos anos de 1942, 1943 e 1944 registava umas insignificantes dezenas de ocorrências, passou nos anos subsequentes a expressar-se por três e quatro centenas de casos, com focos mais ou menos definidos, a oeste e sul. Quanto às características epidemiológicas apenas sabemos a predilecção das epidemias pela época cacimbosa. Não deixaria de ter o seu interesse o estudo desta predilecção bem como o motivo do seu rápido desenvolvimento. Tudo isto e o muito que sugerem as outras endemias como a ondulação gripal, com todas as suas terríveis complicações, carecem dum trabalho especulativo e experimental, a ponto de se conseguir definir o carácter expansivo e a periculosidade das endemias mais imperantes.

Ilustra bem esta necessidade o problema da lepra. Durante muitos anos, se acreditou no carácter enquistado deste morbo. Nos Boletins Sanitários da Província, assinala-se com prazer, que, depois dum inventário nominal dos leprosos de Angola, o seu cômputo não vai além de meio milhar de hensenianos, fixando-se os focos principais, em duas áreas distintas.

Todavia as sondagens feitas pela actual brigada da lepra, dirigida por leprólogo especializado inventariaram já para cima de três mil doentes, só numa das referidas áreas, verificando-se assim a vanidade da primitiva crença.

Poderíamos acrescentar, se esta comunicação não tivesse necessidade de se sintetizar, a posição de outras endemias, de recente e progressivo labor como a tuberculose e a febre tifóide, ambas susceptíveis de combate profiláctico e cujo sentido de invasão se desenha distintamente do litoral para o interior, bem como a poliomielite que só no ápice epidémico de 1951, registou 684 ocorrências com 48 óbitos, cinco vezes mais que toda a incidência registada desde 1927 a 1950.

As doenças carenciais, em que predomina o beribéri, por outro lado, não interessam somente pelo seu aspecto clínico, mas muito principalmente, quanto à sua etiologia e decorrentes providências de ordem dietética, onde emergem problemas complexos de nutrição indígena, com o estudo aprofundado do alimento, harmónico com a étnica e as possibilidades produtoras de cada região, tendo em vista o teor calórico e vitamínico de cada um dos alimentos, postos ao nível do consumo.

A sífilis, as doenças venéreas e o próprio alcoolismo incluídos nas chamadas doenças sociais marcam mais um sector carecido de investigação.

De facto, não basta que os serviços de rotina, desenvolvidos por toda a Província cuja ocupação sanitária está praticamente feita, determinem a imunização activa contra a variola e contra as febres tifóides, a tuberculose ou a difteria; que tentem visar a incidência palustre ou hipnósica com o ataque unilateral (para aquela ensaiando sistemas mistos de vitamização associada aos anti-palustres sintéticos, para esta procedendo à pentamidinização maciça, nas áreas endémicas); que se armem devidamente, para que, ao menor surto de meningismo suspeito pretendam deter o avanço duma possível epidemia, com a prática da sulfamidoterapia precoce e a desinfecção das vias aéreas superiores, das pessoas em perigo de contágio e que os dispensários sejam providos com a carga de antibióticos indispensáveis, para o combate enérgico à sífilis e à gonococia. É necessário mais alguma coisa: conhecer a natureza do agente morbigénio, o possível transmissor intermediário, na sua feição biológica, o carácter de maior ou menor periculosidade de cada um, pois é sabido que não é indiferente saber-se, por exemplo o plasmódio que predomina na região a sanear e o tipo de mosquito que o veicula; a susceptibilidade deste ou aquele caracol ao anti-séptico empregado, bem como a possibilidade económica do seu uso e a verdadeira responsabilidade de cada espécie na transmissão da bilharzíase. Dada mesmo a circunstância de se preferir ao ataque meramente químico os processos que contrariem, indirectamente, o desenvolvimento destas e outras endemias, é curial ter de se recorrer ao conhecimento especializado da engenharia sanitária, com vista à alteração dum curso de água, responsável, por exemplo, pela incubação e disseminação de certos factores de endemia. A intervenção deste departamento de sanidade pública ainda se torna mais saliente, se considerarmos o sector de higienização, tanto urbana como rural, incluído na órbita da actividade dos serviços de saúde de Angola que não pode por isso mesmo dispensar, no elenco do seu quadro técnico, um médico-higienista.

Tais as razões, além das muitas mais que, a propósito de cada endemia, poderíamos acrescentar, como explicação e justificação da insistência com que temos proclamado a necessidade da criação dum organismo de pesquisas médico-sanitárias desde que a experiência de

oito anos na chefia da chamada secção técnica da Direcção dos Serviços de Saúde de Angola, nos inculuiu a convicção de que qualquer esquema de melhoria do perfil sanitário, dum terra tão vasta e tão variada nas feições étnica, geo-climática, económica e até educacional, só é possível com o amparo informativo dum estação investigadora provida de pessoal qualificado.

Temos de convir, até mesmo, que, se há trinta ou quarenta anos era possível confiar à apreciação e resolução da Direcção dos Serviços de Saúde, todos os problemas médico-sanitários emergentes, já porque a actividade meramente curativa se substituiu a qualquer outra; a ocupação sanitária da Província se reduzia a um pequeno sector da sua área já porque estavam em embrião os conceitos de higiene pública, hoje, tais circunstâncias adquiriram um novo aspecto, tornando os problemas muito mais complexos e a sua solução muito mais imperiosa. De modo que a Direcção dos Serviços de Saúde como entidade superiormente responsável pela saúde e bem-estar físico das populações de Angola tem necessidade de se fazer assistir por um organismo técnico informativo a quem possa pedir os esclarecimentos especializados que só os técnicos podem dar.

De resto, a ideia não é original nem nova, nem peregrina. Após a realização do memorável Congresso de Medicina Tropical, reunido em Luanda em 1923, sob a forte inspiração do Dr. Damas Mora e do Senhor General Norton de Matos, Congresso a que a França deu o seu concurso, por intermédio de autoridades da categoria de Brumpt, Tanon, Jamot, Joyeux, Vasal, Blachard e Maurice Lèger e a Bélgica concorreu com os nomes de Rodhain, Lejeune, Van-Hoof e Schwetz a Inglaterra, Connal e a União Sul Africana, Mitchell, tendo Portugal metropolitano representando-se com os nomes de, entre outros, Ricardo Jorge, Carlos França, Silva Teles e Aires Kopke, foi dado a conhecer o voto emitido na sessão final para que os Governos das colónias participantes organizassem cientificamente, estudos demográficos e de estatística médica, como principais instrumentos de investigação.

Todavia o Governo da Colónia havia-se antecipado, ao publicar o Decreto n.º 252 de 8 de Março de 1923 que criou o Gabinete de Protozoologia e de Micologia, parte integrante do Instituto de Investigação Científica, de criação prevista pela base vigésima oitava da

Orgânica Geral dos Serviços de Saúde, aprovada por Decreto n.º 74 de 17 de Novembro de 1921.

Posteriormente, o Decreto n.º 34.417, de 21 de Fevereiro de 1945 que reorganizou os Serviços de Saúde Ultramarinos consigna, no artigo 18.º do seu articulado, a possibilidade de criação de centros de investigação nas colónias. Esta última providência terá porém de se condicionar ao grande desenvolvimento económico e mesmo social das Províncias Ultramarinas de modo a permitir que esses centros de investigação possam agir, num certo grau de autonomia técnica e administrativa, em estreita colaboração com o nosso Instituto de Medicina Tropical, cuja função docente seria beneficiada com a remessa periódica de documentários, estatísticas e outro material de estudo, mas sob directa orientação da Direcção dos Serviços de Saúde da Província.

A desintegração deste organismo da directa superintendência da Direcção dos Serviços de Saúde, afora os prejuízos de ordem disciplinar e hierárquica, desarticulária o exercício da beneficiação sanitária que em toda a parte está na dependência da Direcção dos respectivos Serviços.

Mas seja qual for o critério seguido, do que se não pode dispensar é da consideração de certos pontos que julgamos essencialíssimos para um frutuoso rendimento:

- a) Instalação suficiente e adequada, em edifício próprio;
- b) Recrutamento de pessoal técnico qualificado, nacional ou estrangeiro;
- c) Sistema de trabalho em regime de absoluto *full-time*;
- d) Equipamento, embora gradual, sem sujeição a falsas economias, no que respeita a laboratórios e meios de transporte e acampamento;
- e) Autonomia administrativa e técnica, quanto aos métodos;
- f) Dependência da prioridade dos trabalhos do critério da Direcção dos Serviços de Saúde da Província.

A actual posição económica e financeira da Província é de molde a garantir a realização do projecto, havendo mesmo, dentro das diferentes rubricas orçamentais das receitas dos Serviços de Saúde, verbas que podem concorrer para o auxílio deste exercício, tais como,

a receita consignada à Biblioteca de Medicina de Luanda e aos Serviços de Combate à Peste, hoje, de existência virtual.

Quanto ao pessoal técnico privativo que terá naturalmente de contar com um médico-higienista, um médico-entomologista, um médico-bacteriologista, um engenheiro sanitário e um farmacêutico químico ou se recrutaria, em regime de contrato entre pessoal devidamente qualificado, nacional ou estrangeiro ou constituir-se-ia uma equipa de bolsiros preparada, durante um largo estágio, na América do Norte por exemplo, equipa que viria a constituir um núcleo privativo do Centro de Investigação com a vantagem de poder constituir escola, além de dar uma oportunidade de preferência a investigadores nacionais.

Evidentemente, todo este esboço de linhas gerais apenas se alicerça em ensinamentos da experiência, algum conhecimento da Província onde trabalhamos há vinte e oito anos e numa vontade enorme de trazer os Serviços de Saúde locais ao nível que lhes compete e, se ousámos descer a certos pormenores, foi com o intuito de pôr à prova a viabilidade do intento, desde que o acarínhe o interesse das estações superiores, depois de ouvido quem de direito. E, se, assim ou duma forma muito diferente, o problema tiver solução, feliz nos sentiremos por, ao menos, e na idade em que a maioria já descrê de tudo e de todos, termos, com a agitação do tema, despertado entusiasmos conducentes ao triunfo duma ideia que supomos interessante para o futuro de Angola e para o bom nome de Portugal.

RESUMO

O autor, depois de esboçar o panorama das endemias de Angola, sustenta a tese de que a profilaxia constitui a base de beneficiação sanitária, criando, como sistema de rotina, uma situação de bem-estar físico para o Homem e condicionando a prosperidade económica da Terra. Entretanto, opina que as premissas duma séria profilaxia, conducente à higienização dos meios, tanto rurais como urbanos, hão-de se apoiar, no informe técnico, activo que só um organismo local, vazado, aproximadamente, nos moldes do *Institute for Medical Researches*, da União Sul Africana, pode fornecer.

Se esse agente orientador, encarregado do estudo do agente morbigénio, *in loco*, já surpreendendo-lhe o pendor biológico, já descobrindo a ambiência favorável à sua evolução, não há maneira de equacionar e resolver os problemas

sanitários de Angola, com a largueza e a profundidade, que o momento de renovação impõe.

Conclui por fazer um esquiço duma instituição desta natureza.

RÉSUMÉ

L'auteur, après avoir ébauché le panorama des endémies d'Angola, soutient la thèse dont la prophylaxie constitue la base de l'amélioration sanitaire, en créant comme système de routine, une situation de bien-être physique pour l'Homme et en conditionnant la prospérité économique de la Terre. Entretemps, il opine que les prémisses d'une sérieuse prophylaxie, tendant à l'hygiénisation des milieux, aussi bien ruraux qu'urbains, doivent s'appuyer sur l'enquête technique, active, que seul un organisme local, vidé, à peu près, comme l'*Institute for Medical Researches*, de l'Union Sud Africaine, peut fournir.

Sans cet agent orientateur, chargé de l'étude de l'agent morbigène, *in loco*, soit en surprenant son penchant biologique, soit en découvrant l'ambiance favorable à son développement, il n'y a pas moyen d'équationner et de résoudre les problèmes sanitaires d'Angola, avec la largesse et la profondeur que le moment de rénovation impose. Il termine en faisant une esquisse d'une institution de ce genre.

SUMMARY

The author gives a report on the endemies in Angola and affirms that the prophylaxis constitutes the base of its sanitary improvement. Its is the welfare of man and the economical progress of the territory.

He thinks that the earnest prophylatic measures for the hygiene of the countries as well as of the cities could be effective only if they are directed by a regional institution similar to the *Institute for Medical Research* in South Africa.

Without the orientation of such an institution that care for the study of the morbid agents *in loco*, for heir biological preferences and for their preferred breeding places the sanitary problems in Angola cannot be resolved as they should be resolved.

The author concludes his paper by giving a sketch of an institution of this nature.

Imprensa Portuguesa ★ Rua Formosa, 108-116 ★ PORTO