

d'esses dois grandes problemas que interessam tão de perto á saúde publica depende mais de dinheiro que de boa vontade. Mais de 40 por cento das casas da periphéria da cidade não dispõe da mais rudimentar installação sanitaria. A agua é distribuida sem o menor tratamento prévio, sujeita como está a todas as possibilidades de contaminação. O Dr. Sampaio Costa já encontrou cercarias do *Schistosomum mansoni* nas aguas do reservatorio do Cardozo. A eschistosomiase intestinal é uma das verminoses de maior prevalencia no Estado. Ainda assim, as condições sanitarias são relativamente boas, em que pese ao conceito immerecido de terra malsã. Estatísticas apressadas fizeram de Alagôas um grande foco de filariase, que, bem appurada, não passa de occurrencia esporadica. A elephantiade dos membros inferiores, raramente observavel, corre a conta de accessos repetidos de erysipela, confirmando a lição de Le Dantec. A Directoria de Saude Publica de Alagôas, alem da distribuição de folhetos de propaganda e realização de conferencias publicas, mantem um jornal mensal de educação: *O Sanatarista*, o órgão de maior diffusão no Estado. O orçamento para um serviço muito mais complexo que o que encontrei foi augmentado apenas de 50:000\$000. Os serviços da capital custam somente 2\$300 per capita.

A situação financeira não permittiu que se inaugurassem os postos de hygiene do interior do Estado, já organizados por decreto do interventor Tinoco. Hygiene só na capital é hygiene de sala de visitas. E indispensavel extendel-a por todo o Estado. Pelo novo regulamento, o director dos serviços é obrigatoriamente um sanitarista. (Uzêda, Vergilio de: *Folha Med.*, dbro. 15, 1932.)

Tuberculose

Brasil.—O Brasil é um paiz muito vasto, que se estende na America do Sul por uma área de mais de 8,500,000 kilometros quadrados, dezeseis vezes e meia a superficie da França, cerca de 30 vezes a da Italia, com 262 cidades principaes de 5,000 a 500,000 habitantes, e climas que variam desde abaixo de zero até o calor torrido, desde o nível do mar até ás áreas habitadas de 1,000 metros e mais de altitude: todos os factores que influenciam a epidemiologia da tuberculose ahi existem e se repetem. A tuberculose foi introduzida no Brasil pelos seus descobridores e colonizadores; ella não exista entre os indigenas fortes e bellos, que o povoavam, typos de saúde e longevidade; mas foi se estendendo rapidamente com a conquista a o povoamento pelos alienigenas. Em 1860 conseguiu-se apurar um coeiciente de mortalidade de mais de 12 obitos de tuberculose por 1,000 habitantes, na cidade do Rio de Janeiro, o que representa uma mortandade formidavel; esses coeicientes foram baixando, gradativamente até 1890, conservando-se, depois, mais ou menos estacionarios até 1921, mas estacionarios em mortalidades muito altas para uma cidade moderna civilizada, mais altas do que em todas as outras cidades do mundo comparaveis e ella. Para estas enormes mortalidades de tuberculose, nos tempos antigos da cidade, contribuia o atrazo geral da época com todas as suas consequencias sociaes e higienicas, a escravidão, e certamente tambem a menor resistencia dos negros, virgens de infecção tuberculosa, importados da Africa, que eram em grande quantidade, e dos mestiços. Não ha serviços regulares de estatistica de mortalidade em todos os Estados do Brasil, mas pelas estatísticas, que se puderam obter nas principaes capitães em diferentes annos e dado que as condições demeio são mais ou menos uniformes em cada região e só muito lentamente se podem modificar, pôde-se concluir que a mortalidade pela tuberculose é elevada em todas as cidades de grande população do Brasil, principalmente as situadas nas regiões mais quentes e baixas. O coeiciente de mortalidade pela tuberculose, por 1,000 habitantes, foi, por exemplo, em 1928, de 3.78 e 3.69 em Manáos e Belém (Estados do

Amazonas e do Ceará), de 3.62 e 2.78 em Recife e Fortaleza (Estados de Pernambuco e Ceará), 3.48 e 3.57 em São Luiz do Maranhão, 4.47 em Niteroi, 3.03 e 2.88 em Campos e Petropolis, do Estado do Rio de Janeiro.

Sempre que se tem podido averiguar, verifica-se que a mortalidade pela tuberculose é maior nas cidades do que no campo. Segundo as idades, se reparte analogamente ao já observado em outros paizes: elevada de 0 a 1 e de 1 a 2 annos, decrescente até 4, 5 e 10 annos, elevando-se 10 a 15, 20, 30 annos, baixando de novo de 40 a 80 annos. No seu estudo estatístico da tuberculose no Brasil, publicado no *Anuario de Estatística Demographo-Sanitario* do anno de 1908, o Dr. Cassio de Rezende assim conclue: "A mortalidade da tuberculose é muito mais elevada nos adultos e adolescentes do que nas crianças. Entre as crianças, sua maior frequencia se observa no periodo de 1 a 2 annos, e depois no de 0 a 1 anno; destas idades em diante ella decresce progressivamente até 15 annos. A partir de 15 annos começa novamente a augmentar até attingir o seu mais elevado coefficiente no periodo de 30 a 40 annos; em seguida, entra outra vez em declinio até as idades avançadas da vida (80 a 100 annos), em que parece tomar novo incremento." Nesta curva ha a observar que a sua altura de 0 a 1 anno e de 1 a 2 annos é muito menor do que seria natural esperar, levando em conta a epidemiologia conhecida da tuberculose; este facto se explica pela deficiencia dos diagnosticos da tuberculose infantil entre nós e a inexactidão consequente dos attestados de obito e da estatística.

Pelas nacionalidades a mortalidade tuberculosa distribue-se assim em ordem decrescente: asiaticos (chinezes principalmente), espanhóes e hispano-americanos, brasileiros e portuguezes, francezes e allemães, inglezes, italianos e tureo-arabes, anglo-americanos. Pelas raças, a mortalidade pela tuberculose se verifica muito maior entre os mestiços e pretos do que entre os brancos. Na cidade do Rio de Janeiro e nas de população de composição racial analoga, a resistencia organica dos mestiços á tuberculose é pequena; a resistencia dos nacionaes, comparativamente, por exemplo, com os anglo-americanos, é muito menor; mostrando um estado allergico desfavoravel; ora, a allergia é a condição do terreno que determina essencialmente a resistencia do organismo á infecção tuberculosa e ella depende, por outro lado, do equilibrio physiologico do organismo, do seu vigor constitucional para ter pleno valor. Os factores epidemiologicos de maior importancia no Brasil explicando a disseminação e desenvolvimento da tuberculose são: o contagio, a deficiencia da alimentação, os defeitos hygienicos das habitacões e a falta de resistencia organica do povo. A influencia do contagio, na epidemiologia da tuberculose, é preponderante, como em toda a parte, e preponderante pela educação hygienica ainda incipiente do povo, pela primitividade dos seus habitos sociaes, pela falta de serviços organizados sufficientes de prophylaxia da tuberculose, pela falta de assistencia apropriada e bastante aos doentes pobres, pela comprehensão defeituosa dos clinicos sobre os deveres que lhes incumbem respeito á prophylaxia da tuberculose. A deficiencia da alimentação motivada um pouco pela exiguidade dos salarios, outro pouco pelos costumes do povo de sobriedade e de indiferença pelo seu destino, restos psychicos da nossa colonização que nem sempre foi de boa qualidade, é outra cousa, a nosso ver, importante da morbidade e mortalidade tuberculosa no Rio de Janeiro. Quanto á influencia da habitação insalubre ou defeituosa na epidemiologia da tuberculose no Brasil, depois do contagio, nós a julgamos muito importante. Quanto ao papel da tuberculose bovina na epidemiologia da tuberculose humana no Brasil, não ha nenhuma observação que mostre qualquer influencia della nesse sentido: nenhuma. Ao contrario, o que temos observado acompanha a observação dos europeus: que não ha relação digna de apreciação entre a mortalidade pela tuberculose humana e a tuberculose bovina, que o leite de vacca tem um papel desprezível na pathogenia da tuberculose. Não se póde dizer que o clima do Brasil tenha in-

fluencia sensível sobre a epidemiologia da tuberculose; ella se desenvolve mais ou menos abundantemente e se cura ou não, mais ou menos facilmente, independentemente das modalidades do seu clima; o qual, quando muito, pela constancia do calor e da humidade em algumas regiões, diminue a vivacidade das reacções do organismo, prejudicando o seu tonus e a sua nutrição e, por conseguinte diminuindo o vigor das defesas organicas. No estudo da tuberculose, no Brasil, os factos geraes da sua epidemiologia são os já conhecidos e não variam; que o contagio é, praticamente, a causa unica, da tuberculose; que a tuberculose não é verdadeiramente hereditaria; que a primo-infecção tuberculosa se processa, na maioria dos casos, na infancia; que a tuberculose do adulto resulta, na maioria dos casos, da reactivação da tuberculose latente, produzida pela primo-infecção na infancia; que esta reactivação é determinada por infecções adicionais ou super-infecções de origem endogena ou exogena; que a primeira infecção tuberculosa póde ocorrer tambem na adolescencia e na idade adulta, quando as condições proprias se offerecem; que a fonte primordial do contagio tuberculoso é o doente não educado na hygiene anti-tuberculosa ou não isolado, cujo escarro bacillifero se dissemina; que a doença tuberculosa é o resultado do balanço entre a resistencia especifica do individuo á infecção tuberculosa e o numero e virulencia dos bacillos da tuberculose.

Em relação aos grupos de profissões, vê-se que no Brasil a mortalidade da tuberculose é maior entre os operarios e militares; fixando em 6.5 por 1,000 habitantes esta mortalidade, conforme foi certa vez verificado, as dos outros grupos de profissões são: de 5.5 por 1,000 para os funcionarios publicos; de 4.5 para os maritimos; de 3 por 1,000 para os commerciantes e as promissões liberaes; de 1.3 por 1,000 para os capitalistas. Quer dizer, a mortalidade pela tuberculose está na razão directa da pobreza, das difficuldades de vida, dos habitos higienicos, viciosos e da assistencia na doença insufficiente ou inadequada.

O declinio gradativo da mortalidade da tuberculose de 1860 a 1921 explica-se pelo progresso material, social e higienico da cidade, que se foi a pouco operando, e do qual resultaram modificações favoraveis dos factores que, sabemos hoje, podem influir sobre a diminuição da tuberculose. Mas o declinio provocado por essas causas naturais de prophylaxia cessou, porque ellas chegaram ao seu limite de acção nesta directriz. No Rio de Janeiro, a mortalidade da tuberculose ficou praticamente estacionaria de 1890 a 1921; de 1922 a 1926, produziu-se uma accentuação do declinio, que se manteve em 1927 e 1928. Esta accentuação do declinio da mortalidade da tuberculose no Rio coincidiu com as actividades da Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose, repartição do Departamento Nacional de Saude Publica, especialmente creada para pôr em pratica a prophylaxia da tuberculose. (Placido Barbosa, J.: *Actas do 2º Congresso Pan-Americano de Tuberculose.*)

Recife.—De 1919 a 1928 a mortandade pela tuberculose, no Recife, variou de 1660 no anno 1919 a 1366 no anno 1928. A mortandade pela tuberculose, que antigamente foi muito grande no Recife, collocando esta cidade entre as de maiores coefficients do Brasil, manifesta, neste decennio agora estudado, franca tendencia a declinar. A media da mortandade nestes dez ultimos annos foi de 1,338 obitos annualmente, ao passo que ella se representava pelas seguintes cifras em decennios anteriores: 1849 a 1858, 181 obitos; 1859 a 1868, 310 obitos; 1869 a 1878, 429; 1879 a 1888, 561; 1889-1898, 735; 1899-1908, 1,107. Ve-se logo por este primeiro cotejo que os obitos anuaes pela tuberculose foram augmentando, pouco a pouco e anno a anno na capital de Pernambuco até o decennio de 1909 a 1918. Comparando-se, porém, este ultimo decennio com o de 1919 a 1928, observa-se, de prompto, uma diminuição de mais de 100 obitos annualmente. Melhor se avaliará o valor do decrescimento pelo coefficiente de mortalidade. Tomando-se por base censitaria uma população de 260,000 em 1919 e 380,000 em 1928, verificar-se-á que a mortalidade pela tuberculose vem descendo, progressivamente, anno a

anno, da seguinte maneira: 1919, 630 por 100,000; 1925, 370; 1928, 360. O coefficiente de 630 obitos em 1919 baixou para quasi a metade em 1928. A mortalidade da tuberculose por mezes, no Recife, segue uma curva quasi igual á da mortalidade geral. Janeiro, fevereiro, novembro e dezembro, são os mezes menos propicios á mortandade por tal doença zymotica. Em março, esta lethalidade começa a subir, attingindo o seu apogeu no mez de junho e iniciando-se em julho a descida dos obitos, que vão apresentar o seu minimo noz mezes seccoos do anno. Em outros termos, a mortalidade pela tuberculose no Recife está sempre em intima connexão com o gráu de humidade. A tuberculose atacou, de preferencia, os individuos de 21 a 40 annos (59.9 por cento do total dos obitos), aquelles justamente, que mais sensivel falta fazem na população de uma cidade, por serem os de maior vitalidade e, conseguintemente, os mais aptos ao trabalho de qualquer especie. Devo observar, no entretanto, ser possivel que os obitos occorridos nos primeiros 12 mezes de existencia estejam, de facto, muito a quem da realidade: meningites tuberculosas, mesenterites da mesma especie são, communmente, mascaradas em diagnosticos de convulsões, diarrhéas e outros, desfalcando, assim, o numero exacto de obitos pela tuberculose, nestas baixas idades.

No ponto de vista dos obitos de tuberculose por estado civil e sexos, a media geral dos 10 annos mais recentes, nos mostra que morrem tres vezes mais solteiros que casados e duas vezes mais casados que viuvos e que, por outro lado, os obitos do sexo masculino são em numero um tanto menor que os de sexo feminino (45:55). Mais interessante é o cotejo dos obitos por estado civil de um e de outro sexo. É assim que, tanto os obitos dos solteiros como dos casados e viuvos são mais reduzidos que os das solteiras, casadas e viuvos; mas, ao passo que os solteiros e casados são apenas mais reduzidos que as solteiras e casados, os viuvos da sexo masculino representam unicamente um terço do total dos obitos por este estado civil. Os doentes do sexo feminino acomettidos de tuberculose e matriculados no dispensario, em todos os annos, são em muito maior numero que os do sexo opposto; quasi duas vezes mais, nestes dez annos (6,219 e 3,543). Só um recenseamento methodizado a tal respeito e periodicamente feito em curtos intervallos poderia authenticar de que lado se encontraria a verdade. É justo, porém, deizar assignalado que uma observação feita sobre a frequencia de um e outro sexo ao dispensario, mostra que os homens affectados de tuberculose deixam, muitas vezes, de frequental-o por falta de tempo. Até um anno de idade, raros foram os doentes matriculados no dispensario: 0.2 por cento. De 1 a 5 annos, os casos, embora ainda restricto, já foram sendo notados com maior frequencia: 244 em dez annos, ou sejam 2.6 doentes destas idades em 100 doentes de todas as idades. De 6 a 10 annos a proporção ainda mais se avolumou, dando a percentagem de 5.8. De 11 a 20 annos a percentagem foi de 23 e de 21 a 30 annos, os doentes são contados em numero excessivo: 35.5. Destas idades para cima, a taxa dos doentes vae, mais a mais, se restringindo. Até os 5 annos, masculinos e femininos adoecem nas mesmas proporções; dos 6 aos 30 annos as mulheres se apresentam doentes duas vezes mais que os homens; desta idade em diante, homens e mulheres voltam a adoecer em iguaes proporções. Comparando-se, no ponto de vista das idades, a mortalidade da tuberculose no Recife, com a morbilidade da mesma tuberculose constatada no dispensario, ver-se-á que os graphicos se superporão perfeitamente: mais de 0.8 dos obitos se deram entre 11 e 50 annos; mais de 0.8 dos doentes matriculados tinham as suas idades entre 11 e 50 annos. Os solteiros representam um coefficiente um pouco inferior ao das solteiras, 40 por cento; os cassados 34 por cento, e as casadas 66 por cento; finalmente, os viuvos 21 por cento para 79 por cento de viuvos. Os dados colhidos, neste particular, mostram que a tuberculose tem se espraiao por todas as profissões. Todos veem pagando fortes ou fracos tributos á doença consumptiva. Ha, no entretanto, algumas preferencias. Nestes 9,762 matricu-

lados, não pequeno é o numero de pessoas pertencentes a profissões facéis de se tornarem grandes propagadores do mal, taes entre outras: barbeiros (22 casos), copeiros (27 casos), cosinheiros (189), padeiros (28), açougueiros (16), amas de creanças (19), amas de leite (14), arrumadeiras (111) e cigarreiros (68). Sobre todos estes profissionaes, a Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose procurou exercer séria vigilancia que chegou, em alguns casos, até o ponto de impedir a continuação do exercicio profissional de certos individuos, tornados perigosos. Durante estes últimos dez annos, nos dispensarios recifenses, verifica-se que 8,761 não teem antecedentes tuberculosos e apenas 1,001 denunciam estes antecedentes. Mas nestes 1,001 casos não será herança que deveremos criminar e sim ao contacto prolongado de doentes consumptivos com os matriculados. (Freitas, Octavio de: *Actas do 2º Congresso Pan-Americano de Tuberculose*.)

Penitenciaria de São Paulo.—Examinando a mortalidade e morbidade em relação á tuberculose nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, os autores encontraram, segundo estatísticas de 1928, um coefficiente de mortalidade de 25.4 por 10,000, e uma morbidade de 24,488 a 42,480, na capital federal, e na capital de São Paulo um coefficiente de mortalidade de 15.7 por 10,000 a uma morbidade de 7,500. Houve, na Penitenciaria de São Paulo, desde a inauguração do estabelecimento, 75 obitos, ou 8.8 por anno, e uma morbidez de 343, ou 40 por anno, o que fornece as seguintes porcentagens sobre 2,132 homens que passaram pela casa e foram examinados: mortalidade de 3 por cento e morbidade de 15.3 por cento, numeros bem elevados e que guardam bem a relação de 5 doentes para cada obito. A morbidez foi calculada do seguinte modo: (a), casos de tuberculose diagnosticados na occasião da entrada para o estabelecimento; (b), casos de tuberculose diagnosticados no serviço ambulatorio, e (c), doentes hospitalizados. A população da penitenciaria era, em 31 de dezembro de 1928, de 846 homens, assim repartidos: 470 ou 55.5 por cento entre 15 a 30 annos; 330 ou 39 por cento entre 31 a 50 annos e 46 ou 5.5 por cento de 61 annos para cima. Calculamos sobre 2,132 examinados as seguintes porcentagens: 1,200 homens (56.3 por cento de homens entre 15 e 30 annos); 61 (31.9 por cento) entre 31 e 45 annos; 213 (10 por cento) entre 46 a 60 annos, e 38 (1.8 por cento) de 61 annos em diante. São calculos approximados, referindo-se á idade, e, como se vê, o maior numero de sentenciados tem a idade entre 15 a 30 annos. Fizemos 1,065 inoculações para pesquisas de dermo reacção de Mantoux, sendo positivas 452, ou 43 por cento, e negativas 613, ou 57 por cento. As inoculações foram positivas na proporção seguinte: 18 por cento entre os de 15 a 30 annos, e 23 por cento entre os de 31 a 45 annos, e 3 por cento de 46 annos para cima. Foram feitos 194 exames para pesquisas de bacillo de Koch, no sangue, liquido cephalo-rachidiano, em pús de diversas procedencias, no coagulo sanguineo, na urina, fazes, escarros, liquidos de punção de diversas procedencias, etc. Verificámos, como já dissemos, 343 casos de tuberculose, assim repartidos: Brasileiros 295, italianos 25, hespanhoes 18, syrios 2, portuguezes 10, diversas nacionalidades. 3 Falleceram 75 de tuberculose, 8 de outras molestias, tiveram alta curados 17, alta clinicamente curados 3, melhorados 2, removidos para a procedencia 3, libertos melhorados 2, removidos para o hospital 2, libertos sem noticias de evolução 116, em tratamento na casa e hospitalizados 115. Foram feitos 194 exames para pesquisas de bacillo de Koch, em materiaes de diversas procedencias, sendo os resultados positivos em numero de 78 a 116 as pesquisas negativas. As reacções de Mantoux foram: positivas 102, negativas 72 e não fizeram reacção de Mantoux 174. Obtivemos 93 Mantoux positivos em individuos de 20 a 45 annos e 9 positivos em individuos de 45 annos para cima.

Falleceram 75 reclusos de tuberculose, assim repartidos: Brasileiros 66, italianos 4, hespanhol 1, portuguezes 4; 39 eram de côr branco, 24 de côr preta e 12 de côr parda. Formas clinicas constatadas: tuberculose pulmonar, 50 casos;

peritonite tuberculosa, 7 casos; septicemia tuberculose; pleuro-peritonite tuberculosa, 2 casos; meningite tuberculosa, 2 casos; tuberculose pulmonar e mal de Pott, 1 caso; tuberculose generalizada, 1 caso, e tuberculose pulmonar e intestinal, 1 caso. Dos 75 fallecidos, 68 estavam entre 20 a 45 annos e 7 de 45 annos para cima. A tuberculose é caracterizada pela instabilidade de apparecimento, pelas variadas fórmas clinicas, pelas numerosas localizações e pela sua evolução; o polymorphismo anatomico-pathologico e clinico é o caracteristico da bacillose de Koch. Sobre 75 obitos de tuberculose, a tuberculose pulmonar apresenta-se com predominio notavel sobre todas as outras fórmas clinicas, 50 casos; em segundo logar vem 7 casos de peritonite tuberculose; em terceiro logar 4 casos de pleurizia tuberculosa e 4 casos de septicemia tuberculosa; vem depois 2 casos de meningite tuberculosa, 2 de enterite tuberculosa e 2 de pleuro-peritonite e em ultimo logar 1 caso de cada uma das fórmas seguintes: tuberculose pulmonar e Mal de Pott, arthrite tuberculosa, tuberculose generalizada e tuberculose pulmonar e intestinal. O exame medico-cirurgico a que é submettido o sentenciado ao entrar na Penitenciaria de São Paulo, e a attenção com que é seguida a vida de cada recluso, permite adoptar immediatamente as medidas prophylaticas indicadas para cada caso. Em referencia á tuberculose, os bacilliferos são completamente isolados e recebem assistencia hospitalar á parte, o que nos autoriza a affirmar que não é possivel a contaminação tuberculosa na Penitenciaria de São Paulo. Os penitenciaros suspeitos de tuberculose ou sujeitos a doencas tuberculizantes recebem cuidados especiaes, não só medicamentosos, mas tambem hygienicos, taes como mudança de cellula e de pavimento nos pavilhões penaes, classificação em série apropriada de gymnastica, transferencia de officina, trabalho ao ar livre e, nos casos indicados, repouso nos cubiculos, com a obrigação de sujeitar-se diariamente a determinadas horas de sól.

Essas medidas prophylaticas têm beneficiado extraordinariamente os sentenciados, mas dois obstaculos oppõem-se á plenitude de sua accção—as disposições regulamentares, que só permitem trabalhos extra-muros aos condemnados que tenham cumprido metade da sentença, o que restringe a applicação do trabalho ao ar livre, e o clima inconstante e humido, que diminue as horas de sol. A cadeia é o principal factor de contaminação tuberculosa prisional. O chamado regime de prova precisa de ser modificado. A pena deve ser indeterminada. O trabalho penitenciario no Brasil deve ser agricola ou de artes correlatas á agricultura. Ha necessidade de uma prisão-sanatorio, em clima apropriado, para os sentenciados tuberculosos. O combate ás doencas tisiogenicas é uma necessidade social. O fim reeducativo das penas deve basear-se no poder curativo das prisões. A educação hygienica é o principal elemento de combate á tuberculose. É impossivel a contaminação tuberculosa na Penitenciaria de São Paulo. É de imprescindivel necessidade o diagnostico precoce da tuberculose para a eficiente therapeutica do mal. A mortalidade e a morbidade por tuberculose, na Penitenciaria de São Paulo, excedem os coefficients communs das grandes cidades. A relação entre a mortalidade e a morbidade tuberculosa na Penitenciaria de São Paulo é de um para cinco. As dermo-reacções positivas nos nossos sentenciados predominam entre 20 a 40 annos. A mortalidade por tuberculose foi maior entre 20 a 30 annos. A raça preta e os pardos fornecem um contingente de 41 por cento dos obitos. A evolução da tuberculose é sempre mais rapida na penitenciaria do que nos doentes livres. Na Penitenciaria de São Paulo a mortalidade por tuberculose é maior nos nacionaes do que nos estrangeiros. Na Penitenciaria de São Paulo a fórma clinica predominante da tuberculose é a pulmonar. Ao contrario do que se observa na população livre, é frequente, na Penitenciaria de São Paulo, a peritonite tuberculosa. Apesar dos nossos esforços, a tuberculose predomina no obituario da Penitenciaria de São Paulo. (Guimarães, A. G., e Moraes Mello, J.: *Actas do 2º Congresso Pan-Americano de Tuberculose.*)

Industrias.—Cuidando de verificar a incidência da tuberculose entre os operários matriculados nos Dispensários da Inspectoria de Tuberculose do Departamento Nacional de Saúde Pública, lemos 22,270 fichas, correspondentes aos annos de 1927, 1928, 1929 e 1930 (estas de janeiro a 31 de março, por ser assim necessário ás conclusões deste trabalho). A tuberculose, entre os operários expostos aos suspensóides industriaes, incide na seguinte escala decrescente: empregados de fabrica de tecidos, pedreiros, sapateiros, pintores, mecanicos, carpinteiros, typographos, padeiros e marceneiros. Sommando-se o numero de marceneiros com os de carpinterios, por enquadrar, ambas as occupações, na mesma esphera professional, collocam-se estes trabalhadores em terceiro lugar. Quanto aos operários designados de mecanicos, nenhuma razão poderá justificar o seu elevado percentual, sem que se esclareçam os innumerados officios inclusos naquelle termo. Dir-se-á o mesmo, mais ou menos, dos operários das fábricas de tecidos, entregues a operações industriaes de varias natureza e sob multiplos aspectos diversificadas. Cabe, ainda, lembrar aqui as copiosas fontes de contagio inter-humano, mercê da grande somma de operários, aglomerados, face a face, lado a lado, de milhentos modos, que em taes fabricas, geralmente, existem. Entre os typographos e pintores indica-se o chumbo como elemento nocivo preponderante. Em sendo profissões distinctas nos seus misteres, unificam-se neste particular. Reunam-se estes officios aos de metallurgia, refinação e estanhadura de ligas de chumbo, manufactura de borracha, fabricação de accumuladores electricos, de anilinas, de tintas e oleos, de capsulas metálicas, as operações de esmaltagem, e assim, quanto trabalho industrial sóe realizar-se em atmospheras de aerosóes plumbeos, e certamente, que a muito se elevará a incidência da tuberculose entre os operários desta categoria. No que concerne aos sapateiros, teremos que distinguir, de modo geral, os que lidam por conta propria em suas tendas, lojas ou officinas, e os que operam em fabricas de calçados. Variam os officios conforme a tarefa os obreiros tenham que desempenhar neste, ou naquelle ambiente de trabalho. Entretanto, nas fabricas, as fontes de contagio são, naturalmente em muito maior proporção, o que não implica sejam as substancias industriaes nocivas, nesses ambientes, os elementos de primordial consideração, no desenvolvimento da tuberculose. Na designação de pedreiro englobam-se todos os que operam com pedras. Nada, todavia, mais ambiguo em linguagem scientifica, que este termo. No nosso paiz, os trabalhadores que, de ordinario, se nomeiam de pedreiros são aquelles que justamente pouco lidam com pedras. A cal e o cimento, o barro em substancia (terra argilosa), o tijolo (barro cosido ao fogo), são os materiaes que manejam. Officio, como logo se nota, muito diferente daquelle a que se entregam os cavouqueiros, britadores e brocadores de pedras. Para as anamnesistas dos postos sanitarios, tudo é uma e a mesma coisa. Nada soffrem com isto os doentes, e sim, apenas, as estatísticas. Como quer que seja, depois dos operários das fábricas de tecidos, temos aqui, em plano alto de incidência, os pedreiros. Não será problema facil de resolver, neste caso, a determinação do elemento em actuação no desenvolvimento da tuberculose. (Bocanera Neto, Silio: "A tuberculose nas industrias," 1932.)

Silicose.—De ha 30 annos a esta data, os estudos acerca da silicose em suas relações com a tuberculose se multiplicam, despertando sensível interesse clínico higiênico e industrial, mormente na Inglaterra, Australia, Nova Zelandia, Africa, Allemanha e Estados Unidos. Neste paiz as investigações culminam nos seus resultados. Na Africa são de algum modo notaveis os trabalhos iniciados por Watkins Pitchford e por Mavrogordato do "Minor's Phthisis Medical Bureau." Nos Estados Unidos os primeiros estudos parecem datar de 1917, com as investigações de Lanza e Child do U. S. P. H. S., a que se seguiram os trabalhos de Hoffman, Jardis, e um sem conta de autores outros, entre os quaes merecem referencia, Landis e Gardner, pela anterioridade e sequencia dos estudos. São,

porém, os ingleses os pioneiros destes estudos. Em 1928, organizou-se a *Silicose Committee*, em Nova York, composta de uma pleiade notavel dos mais reputados cientistas. Vez teremos de traçar referencia aos resultados colhidos pela comissão norte-americana. A etiologia da silicose é a inalação das poeiras contendo silica. As estatísticas accusam altos coefficients de mortalidade da tuberculose e entre os affectados de silicose. Alguns desses obitos, como esclarece Collis, devem ser attribuidos á *silicosis-fibroïd phthisis*; mas o maior numero á tuberculose sobrevinda á silicose. Num terceiro grupo a silicose não entra em causa, não deve ser tida como determinante primordial. A silicose predispõe a tuberculose, sendo o inverso, tambem verdadeiro, como o attestam Hope e principalmente Watkins-Pitchford. Estabele-se um como circulo vicioso, de que resulta, na expressão deste ultimo A., a *silico-fibrotic-phthisis*. A humificação e captação das poeiras silicosas diminuem a mortalidade da tuberculose, o que constitue outra prova indiscutivel. Assim, tambem, de muita importancia é a inalação de silica livre, ou de mistura com outros mineraes, sendo muito menor o numero de silicosos e tuberculosos no segundo caso, como assignala Collis.

Assim como assim, logramos haver um importe de 63 operarios para os nossos estudos: 24 cabouqueiros da Ilha das Cobras; 39 cabouqueiros do Morro de São Diogo. Escolhemos dois pontos diversos quanto á localização: um marinho e outro em zona central urbana; o primeiro em terrenos da Marinha Nacional, o segundo, percenente á Estrada de Ferro Central do Brasil; ambos no Districto Federal. Idade mínima, 18 annos, 1; máxima, 59 annos, 1; idade predominante, 20-29 annos, 19. Tempo de exposição ás poeiras: mínimo, 1 anno; máximo, 25 annos; prevalecente, 2 annos. Resumindo o observado á luz dos rentgenogrammas: Não se aproveitaram sete chapas, o que reduz as observações ao total de 56 em vez de 63. Aspecto mais ou menos normal de ambos os pulmões: 12 casos, predominando entre os operarios com 2 annos de trabalho, mas assignalado, tanto nos primeiros annos, quanto em tempo mais largo. Aspecto estriado: ambos os hemithoraxes, 6 casos; pulmão direito: 2 casos, sendo 1 no 20º e outro no 22º annos de trabalho. Aspecto reticular: ambos os demidios pulmonares, 8 casos; sómente no pulmão direito: 2 casos. Aspecto mosqueado ou marmoreo: ambos os pulmões, 7 casos; sómente no pulmão direito, 1. Densificação da imagem bilar: ambos os hemithoraxes, 5 casos; apenas no pulmão direito, 3 casos. Nodulos hilares: ambos os pulmões, 9 casos; sómente no hilo direito, 11 casos; pulmão esquerdo, 1 caso. Imagem de condensação tuberculosa apical em ambos os pulmões, 1 caso; apenas no pulmão direito, 2 casos. Accentuação das ramificações broncho-vasculares dos dois hemithoraces, 11 casos; no demidio pulmonar esquerdo, 1; no demidio pulmonar direito, 5. Apices obscuros, 3 casos; claros, 53. Augmento de diametro da aorta, 25 casos; de volume do coração esquerdo, 9; augmento global do coração, 3 casos; coração bovino, 2 casos. De modo geral, todas as manifestações bilateraes, predominam no pulmão direito. Os nucleos ou granulações hilares quasi sempre confluem ou se esparsam para a base do pulmão, com mais frequencia do que para a periphéria da região hilar. Bem significativo é o predomínio, quasi absoluto, dos apices claros: 53 para 3, tão sómente, obscuros, com imagem de condensação tuberculosa. No particular do processo tuberculoso, damos com um caso bilateral, para dois unilateraes, no pulmão direito. Emquanto isto, observamos o aspecto mais ou menos normal em 12 casos, com prevalencia no primeiro periodo. Considerando-se as manifestações clinico-radiologicas, convimos em dividir os casos observados em tres classes: (a) normaes; (b) aspecto pulmonar estriado ou reticular; (c) aspecto pulmonar nuclear ou nodular-marmoreo ou mosqueado. Desta sorte, os casos relatados podem reduzir-se a 45. Houve maior incidencia de casos normaes no periodo de menor exposição ás poeiras (até 7 annos: 35 por

cento); de manifestações estriadas ou reticuladas no segundo periodo, compreendido entre as primeiras modificações radiologicas e clinicas (estrias) á formação reticular, que indica uma alteração do parenchyma pulmonar mais accentuada, por mais copiosa sedimentação de poeiras nesse tecido (de 8-14 annos: 53 por cento); e, finalmente, damos com o terceiro periodo, em que se observa o bloqueio pulmonar, com aspecto marmoreo ou mosqueado e nodulações em maior ou menor numero, de tamanho variavel, insuladas, dispersas ou confluentes (maiores de 15 annos: 79 por cento). Parecem, assim, confirmados, no Brasil, os trabalhos empreendidos a este proposito nos Estados Unidos, na Inglaterra e alguns paizes do velho mundo. (Boccanera Neto, S.: "Silicose e tuberculose pulmonar," 1932.)

Este trabalho compreende 72 paginas e 107 fichas bibliographicas.

Medicos do Brasil.—Computado em 20,000 o numero maximo de medicos do Brasil (o que dá 1 para 2,000 habitantes si a população fôr de 40,000,000) e verificando-se uma baixa anual de 3 por cento sobre aquele numero, as vagas a preencher são em numero de 600, que serão destruidas pelas diversas facultades, regionalmente bem colocadas, consoante o seu prestigio e a densidade de população: Distrito Federal, 150 alunos; Bahia, 150; São Paulo, 80; Minas Gerais, 60; Rio Grande do Sul, 40; Rio de Janeiro, 30; Pernambuco, 30; Paraná, 30; Pará, 30. No entanto, este ano, só a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro diplomou cerca de 400. (Goyanna, Castro: *Bol. Syn. Med. Brasileiro*, 378, obro., 1932.)

Tratamento da linfogranulomatose inguinal.—A adenite inguinal é apenas uma manifestação parcial de um estado geral infeccioso evidenciado por febre, dores de cabeça, mal estar geral e inapetencia, levando mesmo alguns doentes a abandonar suas occupações. Às vezes mesmo ocupa um lugar inteiramente secundario no quadro geral da molestia. Sua origem venerea parece nitida apenas em 2 dos 7 casos estudados. Em outros quasi que podemos afastar quaesquer relações com o ato sexual. Os outros casos são inexpressivos nesse ponto. O periodo de incubação, contando desde o coito infectante até o aparecimento da adenite, foi de 10 a 15 dias nos dois casos em que foi possivel estabelece-lo. A febre e os outros fenomenos geraes desaparecem com a fistulisação. A supuração é longa e não cede aos meios terapeuticos habituaes. O infartamento ganglionar foi bilateral em 3 dos 7 casos observados. Os ganglios tenderam sempre á supuração que se processava através de uma ou de numerosas fistulas. O infartamento ganglionar abrange muitas vezes as regiões visinhas. Com muita frequencia são tomados os ganglios iliacos externos. Nos órgãos genitais só constatou-se lesão primaria em um dos casos observados. Em nenhum dos casos observaram-se nos membros inferiores lesões que pudessem ser tomadas como porta de entrada para a infecção. A fuadina empregada em injeções tri-semanaes, fechou as fistulas fazendo desaparecer a supuração nos 4 casos abertos. Nos casos fechados houve regressão completa em dois deles. Num caso houve regressão quasi completa porem recediva por insuficiencia de tratamento talvez. Nos dois casos com fluidificação dos ganglios o tratamento só deu resultado naquele em que essa fluidificação era parcial, não se mostrando eficaz no sentido de reabsorção do pús. Como inconveniente da terapeutica pela fuadina observaram-se dores osseas e articulares que desapareciam pelo repouso de 4 ou 5 dias e que apareceram em quasi todos os pacientes.—PAULO J. DE ALMEIDA TOLEDO: *Rev. Med.*, jul., 1932.