

## A Mortinatalidade no Rio

Parando a analyse e fazendo o calculo da relação de 1,135 para 36,981, que foi a media de nascimento durante os annos de 1925, 1926 e 1927, o coeſiciente da natimortalidade desce a 30.69 por mil.<sup>4</sup> Desceria mais ainda, computando reduções em outras rubricas, que seguramente são susceptiveis. Com o coeſiciente de 30.69 por cento, o Rio de Janeiro ficaria collocado entre as cidades em que bem pequena é a cifra de mortinatalidade, como Stockolm, Haya, Christiania, Hamburgo, cujos coeſicientes vão de 23.23 por cento a 33.19 por cento. As causas de mortinatalidade no Rio de Janeiro são varias, sendo a mais importante a falta de aparelhamento perfeito e completo de Assistencia Maternal. A assistencia á gestante é deficiente e insufficiente—o serviço prenatal não possúe postos tão numerosos como se faz mister. Os accidentes de toxemia gravídica furtam-se muitas vezes á prophylaxia, por não serem accessiveis ás necessitadas o regimen de vida, de dieta e tratamento prescriptos pelo medico, sem Cantinas, Ninhos nem Refugios maternas, que sobremodo auxiliariam a prophylaxia e o tratamento dos accidente proprios da gestação. A assistencia á parturientes é deficientissimo por insufficiencia de leitos destinados á parturição; por falta de serviço de assistencia ao parto em domicilio e sobretudo pela absoluta falta de idoneidade das *curiosas* que campeiam livremente no exercicio da profissão de parteiras, e cuja ignoracia é total e global. A interferencia da curiosa se verifica na maior parte dos casos; o exercicio da clinica obstetrica está nas mãos d'ellas; não existe no Rio de Janeiro tres parteiros que vivam exclusivamente da especialidade. E é nessa situação que a Reforma do Ensino supprimiu o curso de parteiras e a Faculdade de Medicina se esqueceu no respectivo Regimento de regulamentar o de enfermeiras especializadas, como mandava a lei. Como causa immediata de mortinatalidade temos na ordem de frequencia: lues, trabalho prolongado, forceps, intoxicação gravídica, inserção viciosa de placenta, causas obstetricas associadas, grande extracção, traumatismo psychico, apresentação transversa, prolapso do cordão, causas ignoradas, apresentação de nadeга, traumatismo, descollamento prematuro de placenta normalmente inserida, versão e extracção, etc. Em summa—causas obstetricas, 53.5 por cento; lues 26 por cento e outras causas 20.5 por cento. Para reduzir a cifra de mortinatalidade precisam medidas que attendam não só as causas sociaes em geral, como tambem as causas de natureza obstetrica proxima ou remota. As primeiras, de ordem geral, interessam a solução de todos os problemas de pathologia social e dizem respeito á alphabetisação do povo e a sua instrucção e educação. Attendendo as causas mais directamente ligadas á obstetricia, faz-se mister a creação de um serviço de assistencia maternal que concatene, oriente, crie, aperfeçoe e articule as peças do aparelhamento de assistencia que possuímos, de forma, que, sem tirar-lhes a autonomia, possa em seu conjunto constituir organismo efficiente na sua finalidade. Assim precisa augmentar os postos de consulta prenatal, intensificar o tratamento da lues, submeter as gestantes a maior vigilancia. Crear cantinas, refugios maternas e ninhos. É imprescindivel augmentar o numero de Maternidades, distribuindo-as intelligentemente pelos bairros, dada a grande extensão territorial da nossa cidade.

## As Dysenterias do Rio de Janeiro

Fizeram-se pesquisas bacteriologicas nas fezes de casos suspeitos de dysenteria, por solicitação de clínicos na cidade do Rio de Janeiro, incluindo as zonas sub-urbana e rural.<sup>5</sup> Foi organizado um serviço harmonico: colheita aséptica do material em domicilio, com sondagem por meio de sonda de vidro; exame imme-

<sup>4</sup> Corrêa da Costa, C.: Arch. Hyg. 4: 141, No. 1, 1930.

<sup>5</sup> Pacheco, G., e Carneiro de Mendonça, F.: Arch. Hig 4: 36, No. 1, 1930.

diato para pesquisa do *exame celular*, de amebas e outros protozoários; exame bacteriológico pela cultura e identificação de amostras isolada; escripturação dos resultados. Em trabalhos anteriores já fôra dada por um dos auctores atenção aos meios de cultura, tendo-se preferido o meio de Teague. Aproveitava-se o mucho, quando existia, para sementeira directa e após lavagem previa em agua physiologica. Esta manobra foi favoravel ao resultado dos exames. Verificou-se que os bacillos não existem em todos os pontos das fezes, distribuindo-se nellas irregularmente. As tentativas de homogeneização de fezes com substancias alcalinas ou fermentos digestivos não provaram bem. Como factores de insuccesso nos exames foram accusados—uso de medicamentos, abundancia de bacterias saprophytas das fezes, particularmente o *B. proteus*. Puderam ser repetidos os exames negativos uma vez em 25 casos, tendo-se tornado 8 delles positivos. Devem ser isoladas pelo menos 3 colonias de cada placa de isolamento para fins de identificação. Não ha vantagem no uso de muitas placas para o isolamento: 2 ou 3 placas, de 15 cms. de diametro dão sementeiras com 1 fragmento de muco cada uma, espalhando-se em 3 pontos diferentes da mesma placa, por exgotamento. O resultado do *exame celular* pode ser positivo, duvidoso, ou negativo, de accordo com a frequencia dos elementos cellulares do exsudato intestinal. Este *exame* acompanhou, nos seus resultados, a porcentagem dos exames. Foi dado um agrupamento ás fezes, distribuidas em 7 tipos (Quadro I), justificavel deante dos resultados que se foram tornando proporcionalmente menos vezes positivos á medida que se passava de um para outro tipo. Com esta distribuição descobriu-se factor importante—a presença do *muco*, cujo valor como elemento presumptivo para dysenteria bacillar é comparavel ao *exame celular* e de applicação pratica maior que este, porque faculta o diagnostico de probabilidade, como este, á cabeceira do doente, sem auxilio de laboratorio. O diagnostico de probabilidade obtido quer pelo *exame celular*, quer pela presença de muco, quer pelo tipo das fezes, não dispensa o diagnostico bacteriológico, para orientação clinica y hygienica. As amostras isoladas eram identificadas á custa de provas de fermentação dos assucares, da alteração do vermelho neutro e acção dos séros agglutinantes preparados com amostras bem typicas e puras. Da *zona urbana* foram examinados 385 casos suspeitos tendo-se obtido o 32.7 por cento de resultados positivos no total delles. Computando sómente os casos com fezes typicas de dysenteria, este coefficiente sobre a 60 por cento. Foram encontradas variações na fermentação dos assucares e na agglutinabilidade em cerca de 34 por cento das amostras isoladas. Filiavam-se aos tipos fermentadores da mannita, eram oligo—ou inagglutinaveis. Os tipos mais frequentes foram pela ordem: Y 57 por cento, Shiga, 23.5 por cento; Flexner, 13.8 por cento; Schmitz, Strong, Saigon e Sonne cerca de 1 por cento cada um. Não se deu a este ultimo tipo bastante atenção, de maneira que é possivel ser mais frequente do que parecera pelos resultados ora obtidos, o que não poudo ser apurado. Além dos bacillos dysentericos encontraram-se amebas dysentericas em 14 casos. Salmonellas (paratyphos), foram isoladas de 15 casos, em fezes com caracter dysenterico. A prova de Widal foi feita em 107 séros com 12 por cento de resultados positivos. Os resultados positivos da *zona rural* foram menos frequentes: 12 por cento em 250 exames. Tambem as fezes com caracter dysenterico eram muito menos frequentes que na zona urbana, o que demonstra um criterio menos rigoroso na escolha dos casos desta zona. Na discussão dos resultados apresentam-se regras adoptaveis e imprescindiveis para em exames de dysenteria serviços de rotina: colheita aseptica; sementeira de mais de um ponto das fezes; repetição das pesquisas nos casos negativos mas suspeitos; redução do material a semear, quando forem fezes de convallescentes ou portadoras; uso de séros agglutinantes dos diversos tipos dysentericos estritamente especificos e potentes.