

like was carried on in the campaign against *venereal diseases* and *prostitution*. During the year 332 new cases of *leprosy* were reported. According to the leprosy census of 1940-1944, there are 1,772 lepers registered in Mexico, and from January 1930 to August 1944, the Prophylaxis Service reported 7,380 cases. A sum of 600,000 pesos (about \$125,000) was granted to the Department, which along with funds derived from a special stamp issue, have been used in combatting *malaria* and *onchocerciasis*. For the work against malaria the Department has encouraged the planting of cinchona, and activities of the Synthetic Anti-Malaria Products Laboratory has continued. The *onchocerciasis* campaign in the State of Chiapas has progressed with the labors of 6 federal ambulatory sanitary brigades and 10 auxiliary services. The following was accomplished: 1,166 places inspected; 178,339 medical examinations; new and old cases found, 45,297; patients with tumors, 15,401, and tumors removed, 23,866. Activities against hookworm disease and other intestinal parasite infestations, included 353 places inspected; and 10,745 coprological examinations, of which 8,661 were positive, hookworm predominating.

Experiments are being made in the treatment of *goiter* with iodized salt and a survey was made in many districts of Mexico to ascertain the incidence of this disease. The production, transportation, distribution and sale of animal products for food purposes have been carefully supervised, and 126,432,039 liters of certified milk and 34,950,187 liters of pasteurized milk were produced. Since October 1943 eight Food Distribution Centers have been established. The National Institute of Nutrition, established in January 1943, has a laboratory equipped by the Kellogg Foundation through the Pan American Sanitary Bureau. The Office of Inter-American Cooperation for Public Health has been functioning since 1943 as a result of an agreement between the former Health Department and the Institute of Inter-American Affairs, and cooperating in various projects, such as water supplies.

The Health Department has also intensified health education of the people and the training of technical personnel, including physicians, sanitary engineers, nurses and inspectors, in order that health work may improve constantly. The national Public Health School and the Training Stations are used for this purpose as well as the aid received from American institutions, such as in some cases through the Pan American Sanitary Bureau and especially the Office of Inter-American Affairs.

ZONA ENDEÊMICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL

Pelos Drs. WALDEMAR ANTUNES E ALMIRO CASTRO

Diretores dos Serviços de Febre Amarela e de Peste, respectivamente, do Departamento Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil

O Brasil pode definir com segurança a sua zona de endemicidade da febre amarela, na base da observação dos dados epidemiológicos colhidos em 13 anos de intenso trabalho do S. N. F. A., cujas atividades cobrem tôda a área habitada do país, onde mais de quarenta e quatro mil localidades são atualmente trabalhadas pelo Serviço Anti-estegômico.

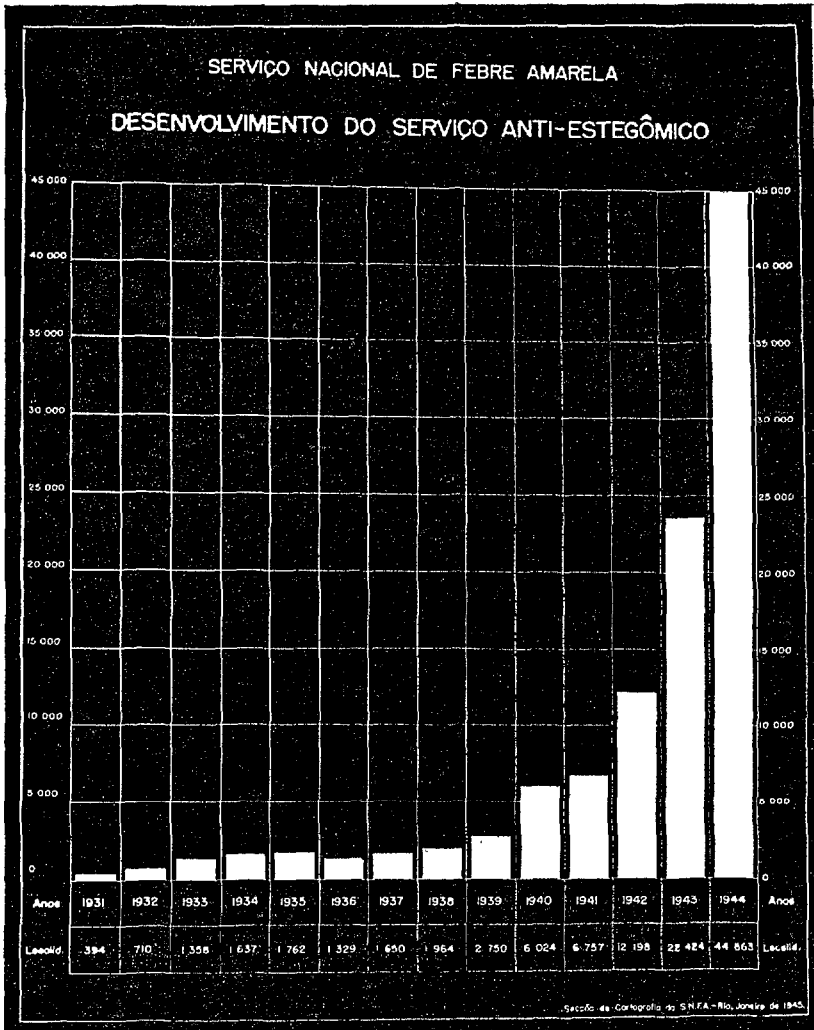
De acôrdo com o critério epidemiológico clássico, pelo qual zona endêmica de uma doença é aquela em que ocorrem mais ou menos per-

manentemente, casos caracterizados dessa doença, a zona endêmica de Febre Amarela no Brasil deverá ser delimitada como se estabelece no Mapa junto, organizado na base da incidência da doença no país, no último quinquênio:



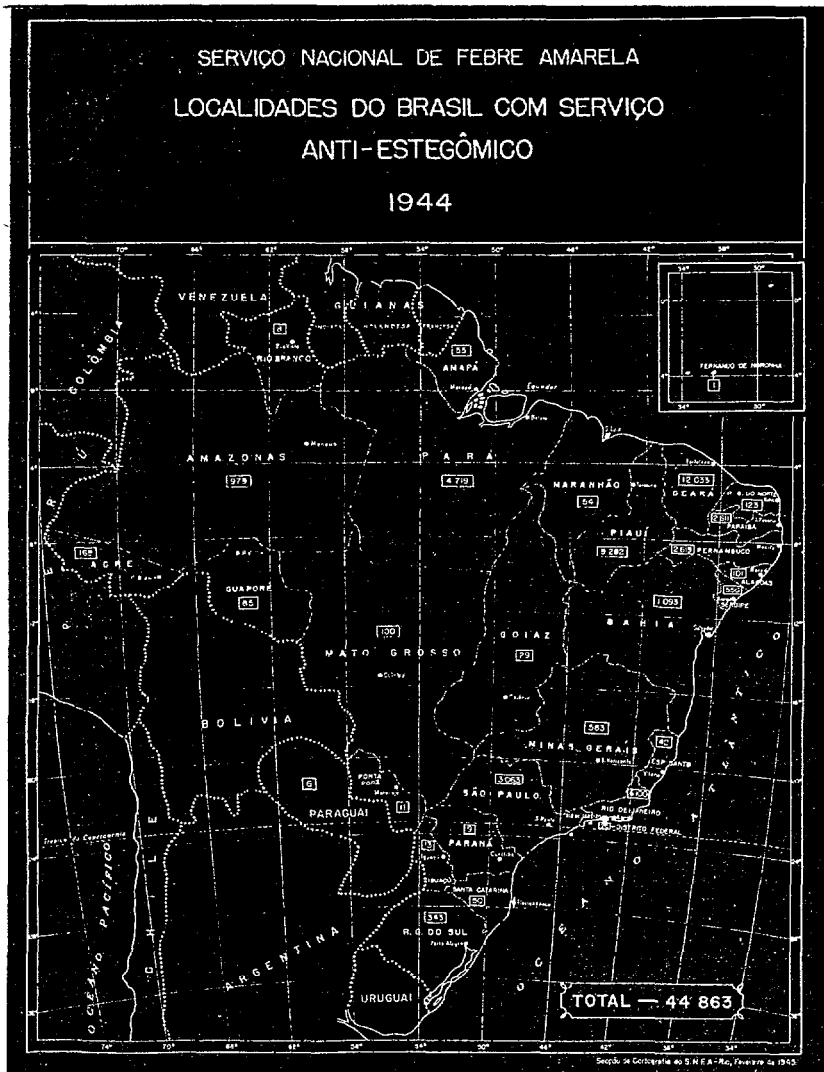
(a) Todo o território do país situado ao norte de uma linha que une a cidade de Brasília no território do Acre, à localidade de Gurupí, no Pará, seguindo depois pelo rio Gurupí até o oceano Atlântico.

Dessa área deverão ser excluídas as seguintes cidades e localidades cuja situação atual é considerada de segurança em virtude de se encontrarem com índice estegômico de zero firme: Tarauçá (ex-Seabra), Feijó, Sena Madureira, Xapurí, Brasília e Rio Branco, no Território do Acre; Pôrto Velho, no Território de Guaporé; Benjamin Constant, Tabatinga, São



Paulo de Olivença, Fonte Boa, Tefé, Coarí, Codajaz, Manáus, Borba, Itacoatiara, Manicoré, Parintins e Humaitá, no Estado do Amazonas; Óbidos, Santarém, Monte Alegre, Gurupá, Currealinho e Belém, no Estado do Pará;

(b) Os distritos de Ilhéus e Itabuna limitados ao norte pelo rio das Contas, a oeste pelo 40° meridiano de longitude, ao sul pelo rio Pardo e a leste pelo oceano Atlântico.



De acordo com esse critério é que sempre foram definidas, pela Fundação Rockefeller e pelo Serviço Nacional de Febre Amarela, as zonas endêmicas de febre amarela no país, como o comprovam os documentos anexos.

Se, entretanto, nos tivermos que basear estritamente na definição adotada pela UNRRA, que é antes uma definição de “área infectada”—* posto que nela também se enquadram as áreas caracterisadamente reconhecidas como “epidêmicas”—a área delimitada no ítem anterior terá que ser dilatada como se estabelece no Mapa de modo a incluir a área que aí figura em pontilhado, onde atualmente se verifica um surto epidêmico exclusivamente do tipo silvestre da doença, pois que na referida área não existe mais o *Aedes aegypti*. Essa área abrange as zonas dos Estados de Goiaz, Minas Gerais, São Paulo e Mato Grosso compreendidas entre os paralelos S 15°30' e os meridianos 52° e 46° e embora nitidamente caracterizada como epidêmica, terá que ser incluída na definição da UNRRA, uma vez que na reforma adotada por essa entidade não se estabelece diferença entre “zonas endêmicas” e “zonas epidêmicas”, estas a exigirem de modo transitório as mesmas medidas a serem permanentemente promovidas naquelas.

Cumpre-nos salientar que, por outro lado, tal generalização traz como consequência a necessidade de periódica e frequente revisão das zonas

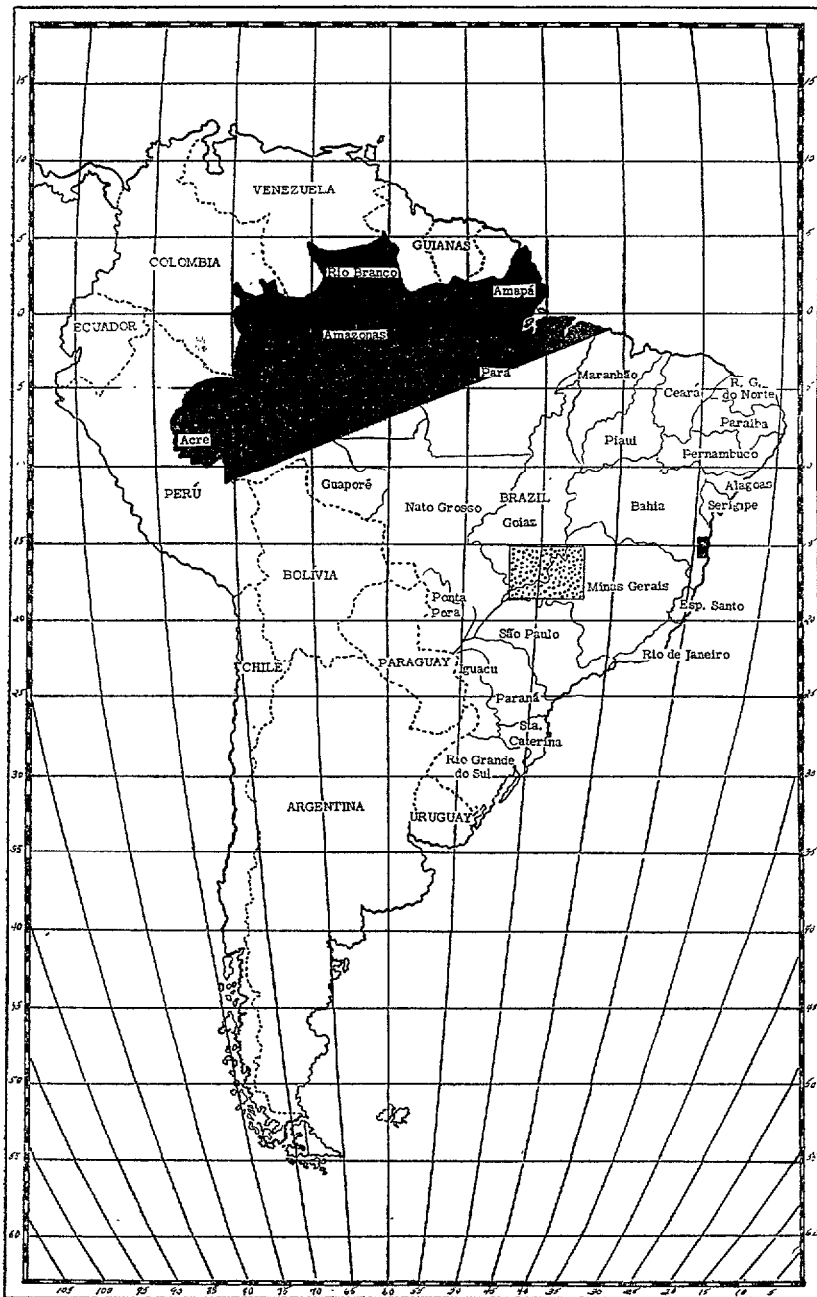
* A definição das Convenções da UNRRA é: “Zona endêmica da febre amarela é a região na qual existe a febre amarela em formas reconhecíveis clínica, biológica ou patolôgicamente.”

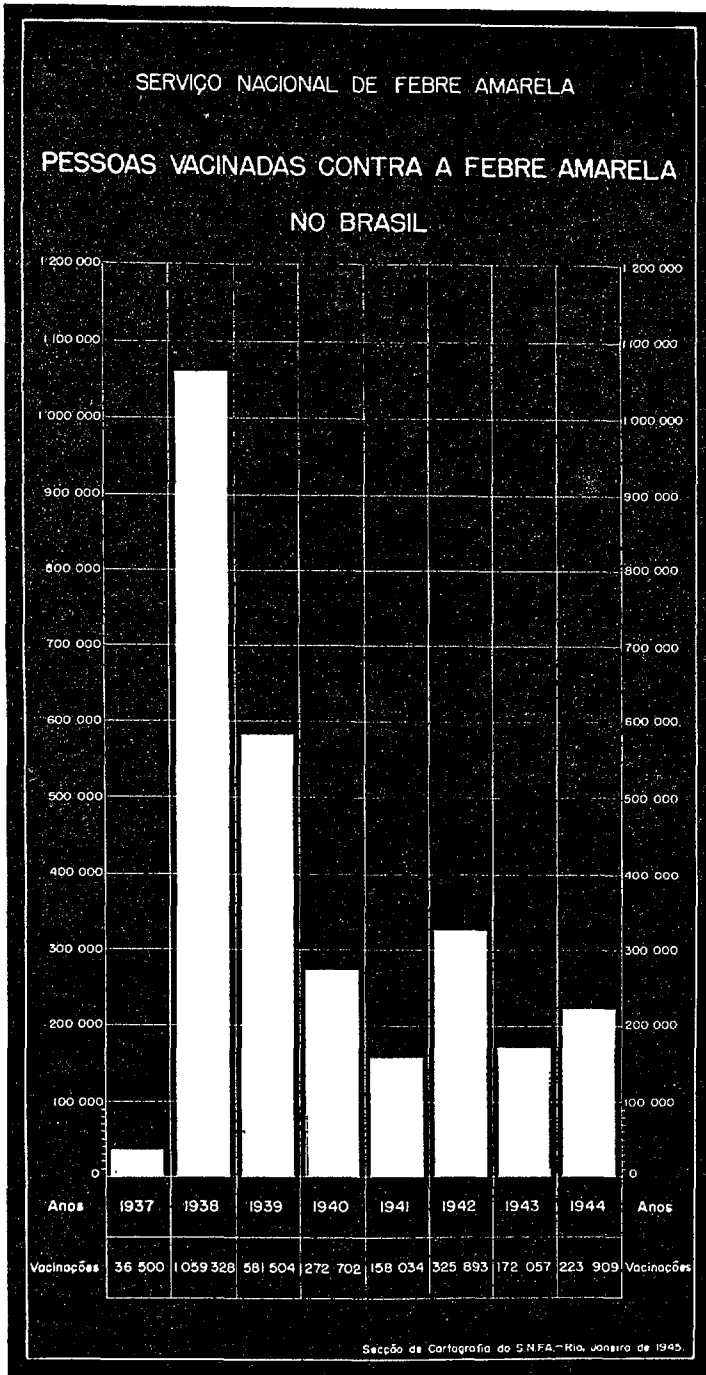
O Subcomitê da Comissão de Peritos em Quarentena da UNRRA recomendou acêrca da Demarcação Tentativa da Zona Endêmica da Febre Amarela no Hemisfério Ocidental: “Para fins de quarentena as zonas do Hemisfério Ocidental que por ora devem se considerar como zonas endêmicas de febre amarela, compreenderão tôdas as partes do continente da América do Sul, e parte de Panamá que se acha a leste da Zona do Canal, porém excluindo o Uruguay, Paraguay, Argentina e Chile, e as partes de Colombia, Equador, Perú e Bolívia que se acham ao sul e oeste duma linha que começa na costa de Colombia no Pacífico, no paralelo 5 N. de latitude, e que se estende até o leste ao longo do dito paralelo até as ladeiras orientais da Cordilheira Central, até uma elevação de 2,000 metros, e daí até o sul ao longo das ladeiras orientais da Cordilheira Central e dos Andes, à mesma elevação, até as fronteiras da Argentina e Bolívia, excluindo ademais a parte do Brasil que se acha ao sul do paralelo 25 S. de latitude e a parte do Brasil ao norte do paralelo 10 S. de latitude e a leste do meridiano 45 de longitude oeste, e excluindo também os portos de Panamá, os portos de Colombia e Venezuela no Caribe, o pôrto de Georgetown na Guiana Britânica, de Caiene na Guiana Francesa, de Paramaribo em Surinam e as cidades da costa do Brasil.” O Subcomitê expressou, ademais, a seguinte opinião: “Desde fevereiro, 1942, não se tem comunicado nenhum surto de febre amarela por *Aedes aegypti* na América do Sul. Nas zonas da América do Sul a uma altura de mais de 2,000 metros nas que não existem mosquitos *Aedes aegypti*, e em vastas zonas do Brasil em que se tem erradicado essa espécie de mosquito, não há perigo dum surto de febre amarela urbana.

A febre amarela selvática, que só se encontra nas zonas florestais infectadas, é contraída unicamente pelas pessoas que penetram em ditas zonas. Por conseguinte, êste Subcomitê expressa a opinião de que, enquanto não se denuncie da América do Sul algum surto de febre amarela transmitida por *Aedes aegypti* não devem se considerar como expostos à febre amarela aos viajantes em trânsito procedentes de zonas endêmicas que não têm penetrado em zonas florestais.”

EM PRETO: - ÁREA ENDÊMICA DE FEBRE AMARELA NO BRAZIL
(black) (Endemic Yellow Fever in Brazil)

EM PONTILHADO: - ÁREA ONDE ATUALMENTE OCORRE UM SURTO EPIDÊMICO
DE FEBRE AMARELA SILVESTRE NO BRAZIL
(dotted) (Area where an epidemic outbreak of jungle Yellow Fever is
at present occurring in Brazil)





endêmicas de modo a permitir a exclusão das áreas epidêmicas, já silenciosas, para as quais não mais se justifiquem as precauções normalmente tomadas nas zonas efetivamente endêmicas no sentido epidemiológico.

ENDEMIC YELLOW FEVER AREA IN BRAZIL (*Summary*)

The endemic yellow fever area in Brazil may be defined with a certain amount of assurance because of the 13 years of intensive work carried on by the National Yellow Fever Service, whose activities cover the entire populated area of the country where 44,000 localities are at present controlled by the Anti-Stegomyia Service. Using as a basis the experience of the last five years, the endemic yellow fever area in Brazil could include: (a) all the territory to the North of a line joining the city of Brasília, Acre Territory, to Gurupí, in Pará, and thence along the Gurupí river to the Atlantic Ocean. From that area the following localities are excluded: Tarauacá, Feijó, Sena Madureira, Xapurí, Brasília and Rio Branco, in Acre Territory; Pôrto Velho, Guaporé Territory; Benjamin Constant, Tabatinga, São Paulo de Olivença, Fonte Boa, Tefé, Coarí, Codajaz, Manaus, Borba, Itacoatiara, Manicoré, Parintins and Humaitá, in the State of Amazonas; Obidos, Santarém, Monte Alegre, Gurupá, Currálinho and Belém, in the State of Pará. (b) The districts of Ilhéus and Itabuna bounded on the North by the Contas River and on the West by the 40° longitude meridian, and on the South by the Pardo river and on the East by the Atlantic Ocean.

If the tentative demarcation plan laid out by UNRRA, which does not differentiate endemic and epidemic areas be adopted, the area given under (a) would have to be widened to take in areas of the States of Goyaz, Minas Gerais, São Paulo and Mato Grosso, within the parallels S15°30' and the meridians 52° and 46°, even though they are admittedly epidemic areas and only for the jungle type of yellow fever, and in spite of the fact that *Aedes aegypti* no longer exists there. Such a generalization would force a periodical and frequent revision of the endemic areas in order to exclude quiescent epidemic areas.

Mononucleose infectuosa no Brasil.—Durante os princípios de 1942 apareceram na cidade de São Paulo, Brasil, e também no interior do Estado do mesmo nome, numerosos casos de uma moléstia febril, no diagnóstico da qual não eram acordes os clínicos: uns classificaram-na como febre tifóide, outros como gripe e outros como mononucleose infectuosa (febre ganglionar de Pfeiffer). Tendo Roberto Pasqualin (*Arq. Biologia*, 85, ab.-maio, 1942.) recebido de clínicos e especialmente de laboratórios do interior, pedidos de informação a respeito da sintomatologia e dos meios de laboratório para afirmar o diagnóstico de mononucleose infectuosa, julgou fazer coisa grata aos leitores dando aqui um curto resumo dos conhecimentos atuais sobre essa doença, principalmente quanto aos meios de laboratório existentes para reconhecê-la. Este trabalho tem por finalidade dar uma maior divulgação dos métodos de laboratório, especialmente da reação de Paul-Bunnell-Davidsohn, para a confirmação do diagnóstico de mononucleose infecciosa. Parece bem estabelecido que o surto epidêmico que grassou em São Paulo, é de mononucleose infecciosa; a princípio apenas suspeitava-se dessa probabilidade, contudo, depois das considerações feitas por Rosenfeld na Assoc. Paulista de Medicina, em tôrno de 100 casos, ficou evidenciada a veracidade daquela suspeita.