

pação precoce da mancha, seja pelo tratamento consecutivo, seja porque tomou o chaulmoogrol, muitissimo efficaz, seja porque tenha tomado outro qualquer medicamento, seja por uma ou outra cousa. De modo que nada mais facil do que tratar um doente com injeções de chaulmoogrol ou anti-leprina. O tratamento lá feito é baratissimo. Cada doente não chega a gastar 20\$000. Si tivessem de tratar 50 ou 100 leprosos, seria facillimo, como o é no Rio de Janeiro, onde a lepra existe em pequena quantidade. Mas no Estado do Pará, onde é necessario tratar 3,000 leprosos, indicar-lhes um medicamento que custa 8\$000 a ampula, não é possivel. Os recursos não dariam para isso. De modo que o alepol é o medicamento ideal para o momento, porque é indolor, é efficaz e tambem porque é barato. Lima deu a inteira e completa razão ao Dr. Souza Araujo na questão da maior ou menor efficacia da anti-leprina sobre os outros medicamentos, mas a anti-leprina não poderia ser empregada em todos os doentes devido ao seu preço. Não seria possivel applical-a a 3,000 leprosos.

#### Epidemiologia de Algumas Doenças Transmissiveis em S. Paulo, Brasil

O Instituto de Hygiene de S. Paulo, por sua secção de epidemiologia, recebe de varias dependencias do Serviço Sanitario, os dados das notificações e isolamentos em doenças transmissiveis, acompanhadas, para algumas dellas, dos cartões ou fichas, com os dados epidemiologicos.<sup>6</sup> A diphteria e grassa endemicamente na cidade de S. Paulo, como, aliás em todas as grandes collectividades. Em 1898 ha um decrescimo pronunciado, devido com certeza á introdução da therapeutica pelo sôro especifico. Daquella data para cá, a mortalidade vagarosamente vcio augmentando, embora sem attingir os coefficients anteriores, sendo que no ultimo quinquenio 1923 a 1927 tende novamente para a baixa. Esse augmento de 1898 a 1922 deve ser attribuido ao maior recurso tido nos processos diagnosticos do laboratorio. Sendo uma doença transmittida em geral pelo contacto directo e dada a sua endemicidade, um grande numero de portadores deve existir, contribuindo para a disseminação da infecção. Em S. Paulo, deve haber com quasi 1,000,000 de habitantes, perto de 1,500 portadores de bacillos virulentos. J. Castro Simões, que fez sua these de doutoramento sobre o assumpto, teve occasião em 1921, de examinar 857 creanças, entre 5 a 14 annos, de dois grupos escolares desta capital e da enfermaria de pediatria da Sta. Casa, achando entre ellas 28 (3.1 por cento) portadores de bacillos, sendo 8 (0.91 por cento) com bacillos virulentos. Em geral, a mortalidade é maior nos paizes mais frios que nos paizes quentes. Quanto á morbilidade, difficil de ser conhecida, dadas as deficiencias e irregularidade das notificações nos diversos paizes, pode ser indirectamente avaliada por meio de inquerito entre os escolares mais idosos e os adolescentes. As pesquisas em S. Paulo, feitas em alumnos de varios estabelecimentos de ensino, abrangendo as edades de 8 a 20 annos em deante, forneceram, em 834 inqueridos, 4.4 por cento revelando incidencia anterior de diphteria. Como vemos, a percentagem dos obitos em relação ao total dos casos conhecidos variou, durante estes ultimos annos, de 13.4 a 22.7 (18.4 por cento em media), percentagem esta que poderá ser reduzida muito mais, pelo diagnostico precoce e injeção de sôro especifico a tempo. Confrontando-se durante os 7 ultimos annos considerados, a relação entre os casos de isolamento domiciliar e o isolamento hospitalar, quão poucos casos officialmente conhecidos existem em domicilios. Assim, em 1921, em 388 casos, 37 apenas foram isolados em domicilio; em 1922, em 475 casos, 42 isolados em domicilio; em 1923, em 436 casos, 50 em domicilio; em 1924, em 291 casos, 25 domiciliares; em 1925, em 230 casos, 14 domiciliares; em 1926, em 290 casos, 39 domiciliares; em 1927, em 314 casos, 28 domiciliares. A doença no Brasil é mais commum nos Estados do sul, de temperatura mais fria. No Rio de Janeiro, onde a doença é menos commum que em S. Paulo, devido com certeza

<sup>6</sup> Borges Vieira, F.: Inst. Hyg. S. Paulo, Bol. No. 29.

ao seu clima mais quente, Doull, Ferreira e Parreiras acharam em 520 pessoas, entre creanças e adolescentes, somente 0.8 por cento com um passado historico de diptheria, enquanto que nos Estados Unidos a percentagem vae de 7.5 a 15. O mesmo facto se applica á escarlatina, muito rara no Rio. Em S. Paulo, em individuos de 8 a 20 annos, encontrava-se em 834 inquiridos, uma percentagem de 4.4 com historico anterior de diptheria. Em 157 pessoas maiores de 21 annos, encontrou-se 5.0 por cento accusando a diptheria em seu passado morbido. Em 1923 o coeeficiente de mortalidade pela diptheria foi em S. Paulo de 11.25, enquanto que no Rio de Janeiro elle é de cerca de 5 por 100,000 habitantes. Comparando-se os resultados das reacções de Schick para os grupos de edades, a percentagem dos susceptiveis é: Abaixo de 6 mezes, 33.3 por cento; 6 mezes a 1 anno, 54.5 por cento; 1 anno a 2 annos, 53.6 por cento; 2 annos a 4 annos, 58.6 por cento; 4 annos a 6 annos, 53.6 por cento; 6 annos a 8 annos, 30.0 por cento; 8 annos a 12 annos, 22.9 por cento; 12 annos a 15 annos, 21.5 por cento. Houve em 1927, 314 casos conhecidos de diptheria em S. Paulo. Nesse mesmo anno registraram-se 59 obitos, sendo o coeeficiente de mortalidade por 100,000 habitantes de 6.22

Embora sem a frequencia de certos paizes temperados, a escarlatina não é rara em S. Paulo. O numero de obitos não é elevado, embora muito maior que o do Rio de Janeiro e Santos, por exemplo, onde é rara. Entretanto a curva costuma subir cada 3 a 6 annos, com o advento de novas gerações de susceptiveis. Em 1918 houve um numero excepcional de obitos por escarlatina, 122, com um coeeficiente de 23.09 por 100,000 habitantes, coincidindo com a pandemia da gripe, pela qual certamente foi influenciada. Dahi para cá vem decahindo, sendo ainda de 10.6 em 1920, attingindo em 1921 o nivel anterior (2.87). Como para o sarampo, a Hospederia de Immigrantes foi provavelmente um dos pontos por onde se iniciaram as epidemias de escarlatina, os portadores remanescentes contribuindo para a continuação do estado endemico. Um inquerito sobre a existencia de escarlatina no passado de individuos de 8 a 20 annos, revelou a incidencia anterior dessa doença em apenas 5.2 por cento dos 834 inquiridos, muito mais que o Rio de Janeiro portanto, cidade de clima quente, mas abaixo das cidades norte-americanas. Em 157 pessoas maiores de 21 annos, tambem inqueridas, encontrou-se 6.3 por cento com historico anterior de escarlatina. Os coeeficientes de mortalidade entretanto são elevados. Assim, em 1926, enquanto S. Paulo teve coeef. de mortalidade pela escarlatina de 2.09 per 100,000 habitantes. Encontrou-se um numero muito mais elevado de isolamentos domiciliarios que para a diptheria. A percentagem de isolamentos domiciliarios que para aquella doença foi cerca de 10 por cento nos ultimos 7 annos, para a escarlatina foi de quasi 41 por cento. Tiveram escarlatina anteriormente: sim, 4 ou 3.6 por cento; não, 100 ou 96.3 por cento; não informam, 25. Contacto anterior com casos de escarlatina ou suspeitos: sim, 18 ou 15 por cento dos que informam; não, 58; ignoram, 39; não informam, 20.

A meningite cerebro-espinhal epidemica já de ha varios annos, deve vir existindo em São Paulo. Era todavia mal notificada e mal registrada, sendo em geral notificada pura e simplesmente como meningite. A doença, que antes se manifestava esporadicamente, começou a se mostrar com maior frequencia após a reorganisação do Exercito e concentração dos conscriptos, dando logar á produção de novos casos e um numero de 10 a 30 vezes maior de portadores. É a existencia desse grande numero de portadores, muitas vezes mais numerosos que o de doentes, e de não facil diagnostico, que torna a prophylaxia desta doença de difficil execução. Antes de 1920, em 1914 houve 1 obito pela meningite cerebro-espinhal epidemica, em 1918 houve 2, em 1919 morreram 3 e, em 1920, 25 (4.28 por 100,000 habitantes); 1921, 20, 3.54; 1922, 29, 4.54; 1923, 33, 4.54; 1924, 17, 2.15; 1925, 30, 3.54; 1926, 23, 2.53; 1927, 11, 1.16.

O total dos casos entericos conhecidos foi de 905, sendo 859 de febre typhoide, 30 de paratyphoide A e 16 de paratyphoide B. No mesmo anno (1927) registram-se 185 obitos (175 de typhoide e 10 paratyphoides), sendo o coefficiente de mortalidade em conjuncto de 20.3 por 100,000 habitantes.

#### A Dysenteria no Brasil

Reflectindo sobre o modo de nascimento e de propagação das dysenterias, convem distinguir os surtos epidemicos, occorridos em pontos até então indemnes da doença, da sua marcha endemica e demorada, nos sitios já uma vez visitados.<sup>7</sup> Sabe-se que a sua distribuição geographica é extensa, ultrapassando largamente as regiões tropicaes e sub-tropicaes, para estender-se até além das regiões temperadas. No Brasil, ella tem sido assignalada diversas vezes, em pontos muito differentes de varios Estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia), além do Districto Federal (Pacheco e Faria, Lins). Em alguns destes logares, a infecção tem assumido, por vezes, a forma de surtos epidemicos muito intensos, como na cidade da Bahia, em 1907. De ordinario, no emtanto, a infecção grassa endemicamente, com exacerbações durante os mezes mais quentes. Nos mezes frios, o numero de casos baixa, mas nunca cessa inteiramente, como, aliás, Shiga assignalou desde os primeiros tempos, nas infecções que occorrem no Japão. Esta constancia é resultante da estabilidade das fontes de contagio e do modo mais corrente de sua propagação. A doença provem sempre do organismo humano e póde dizer-se, a este respeito, que as ulcerações intestinaes dos enfermos constituem o verdadeiro reservatorio do "virus" dysenterico na natureza.

#### Da Heredo-infecção na Tuberculose

O Dr. Antonio Fontes communicou á Academia Nacional de Medicina do Brasil<sup>8</sup> que, com o estudo do ultra-virus túberculoso, está novamente em foco o problema da herança morbida na infecção tuberculosa. Assumpto que se discute desde tempos immemoriaes, negada por uns, a herença morbida, affirmada por otros, conservou-se sem solução definitiva como alicerce de doutrinas medicas contrarias, que por diversas epocas fizeram praça. Com a nova orientação a este respeito trazida pelo conhecimento dos elementos filtraveis de virus tuberculoso, novas luses aclaram esse ponto da pathologia tuberculosa com dados seguros, que se fundam não só no methodo experimental como na clinica. Do facto do estudo da infecção tuberculosa experimental resulta claramente a noção de um potencial pathogenico, capaz de acções morbigenas caracteristicas, transmissivel em serie, por inoculação ou por via placentariana independente da existencia de elemento etiologico figurado. Depois de recordar as suas innumeradas experiencias, relembando o que já affirmou no Congresso Pan-Americano contra a Tuberculose em Cordoba, Fontes conclue: "Julgo-me autorizado a concluir que, na herança tuberculosa, o legado morbido se faz da mãe ao feto, por via placentaria, permitindo, em alguns casos, os mais raros, a evolução do agente etiologico até a forma classica conhecida; transferindo ao filho a potencialidade de evolução desse agente, reconhecivel por passagens posteriores d'elle ao organismo sensivel, em casos mais frequentes; e nos outros casos, muito mais numerosos, conferindo uma doença tuberculosa atypica, que se manifesta por alterações do systema lymphatico (micropolydenia, augmento de volume dos ganglios), infartos e hemorragias capillares, zonas de necrose e caseificação nas visceras e profunda alteração no metabolismo nutritivo (cachexia). A intensidade desse poder morbigeno, variavel em grande escala, permite que o organismo sensivel d'elle se possa libertar, conservando, entretanto, uma hypotrophia caracteristica dos estados que na clinica são tidos como pre-tuberculosos. Estas lesões, que caracterizam a

<sup>7</sup> De Assis, A.: Arch. Bras. Med. 18: 652 (julho) 1926.

<sup>8</sup> Carta de Rio de Janeiro, Jour. Am. Med. Assn., E. E., 20: 540 (obre. 15) 1928.