

FIDUCR02 (37A)

Brazil-Medico

SUMMARIO

Saúde Publica.— Prophylaxia da tuberculose, pelo Dr. A. Fontes. X

Editoriaes.— O emprego do acido cyanhydrico nos serviço de hygiene das habitações.

Faculdade de Medicina do Estado do Rio.— Prog amna da cadeira de Botânica da Faculdade de Medicina do Estado do Rio de Janeiro; Programma da cadeira de Zoologia Médica.

Notas e Informaçoes.

Associações Cientificas.— Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brazil, sessão de 2 de Julho de 1911: Dr. Oliveira de Menezes Filho; Technica do esvaziamento do utero nas toxemias gravidicas, pelos Drs. Dídimo Napoleão, Fernando Magalhães e Arnaldo de Moraes; Complicações pulmonares após as laparotomias, pelos Drs. Raphael Pardellas, Corrêa da Veiga e Jorge Monjardino; Occipite posteriores, pelo Prof. Fernando Magalhães.

Imprensa Medica.— Archivos Paranaenses de Medicina: A proposito do tratamento dos epitheliomas da pelle, pelo Dr. Cassio de Rezende.— The American Journal of Obstetrics and Gynecology: Preparação da pelle para operação, e peccialmente por meio do acido pícrico, por H. Hevitt; Dôr de cadeiras gynecologica, por E. Baillar.— The Journal of the American Medical Association: Valor e pleticida do ethyl-arsinato disodico (Mon-arsone), por H. Nichol; Effeito das pequenas doses de atropina sobre o coração, por H. Mc. Guighn; Rapidez de absorção das injeções de soro e morte subita por anaphylaxia, por J. Lewis.

Saude Publica

PROPHYLAXIA DA TUBERCULOSE

Pelo Dr. A. FONTES

2ª Conferencia

Si estudarmos a infecção tuberculosa no homem desde o seu nascimento até a idade adulta seremos levados ao conhecimento de factos que muito esclarecerão o problema da prophylaxia.

Sem nos preocuparmos no momento com a herança do virus, phenomeno discutido mas que indubitavelmente se dá, veremos que sómente attribuível ao contagio, e certamente, ao contagio familiar, é o grande numero de casos que as estatísticas registram.

TUBERCULOSE NA INFANCIA

A bacillisação da infancia que muitas vezes se traduz por manifestações locais da infecção, e entre estas, como mais communs, as localizações ganglionares affirmam a extrema generalisação do morbus que proporcionalmente cresce com a idade, deixando entrever a universalidade dos casos quando attingida a idade adulta. E as devastações começam logo no 1º anno de vida.

A estatística apresentada por SCHHELLMANN (1) fornece os seguintes coefficients:

Para cada 100 obitos por varias causas succumbem por tuberculose:

ANNO	IDADES					
	0-1 a.	1-2 a.	2-3 a.	3-5 a.	5-10 a.	10-20 a.
1900.....	0,89	3,12	4,34	5,39	8,96	21,38
1901.	0,90	3,01	4,55	5,43	8,02	19,87
1902. . . .	0,94	3,22	4,61	5,85	9,27	21,14
1903.....	1,60	4,51	6,16	6,92	10,64	24,21
1904. . . .	1,43	4,64	6,40	6,95	10,62	24,06
1905.....	1,38	4,54	7,02	8,02	11,91	24,59
1906.....	1,31	4,31	6,25	8,41	11,25	24,23
Médias.	1,20	3,91	5,62	6,63	9,95	22,86

que demonstram ir a mortalidade por tuberculose crescendo progressivamente de accordo com as idades infantis até a adolescencia.

Mas, melhor trabalho eu não poderia fazer que o organizado pelo illustre pedatra e fisiologo brasileiro, nome de reputação mundial, o Dr. CLEMENTE FERREIRA (2) em sua Memoria sobre frequencia da tuberculose infantil e assistencia da criança tuberculosa, apresentada ao 1º Congresso Brasileiro de Protecção á Infancia.

Data venia, passarei a transcrever as estatísticas apresentadas:

« A — Estatísticas da mortalidade por tuberculose na infancia com relação aos obitos geraes.

Dr. ALFARO (BUENOS-AIRES):

De 0- 1 anno.....	1,03%
De 1- 2 »	2,73%
De 2- 5 »	5,04%
De 5-10 »	9,32%
De 10-15 »	20,53%

Depois destas idades desce a 18,60%.

Dr. MONCORVO PAI (Rio de Janeiro):

De 0-1 anno.....	2,4%
De 1-5 annos.....	7,2%

Dr. CLEMENTE FERREIRA (S. Paulo-Capital):

No decennio de 1905-1915 foram estas as percentagens sobre os obitos geraes dos fallecimentos por tuberculose nas idades de 0-10 annos.

1906.....	7%
1907.....	4,7%
1908.....	5,9%
1909.....	6,5%
1910.....	4,6%
1911.....	5,8%
1912.....	6%
1913.....	4,4%
1914.....	6%
1915.....	3,6%

BERLIM.— Nesta metropole sobre 1.000 obitos até 15 annos a tuberculose foi responsavel por:

De 0- 1 anno.....	9,4 ‰
De 1- 2 annos.....	32,2 ‰
De 2- 3 »	46,1 ‰
De 3- 5 »	58,4 ‰
De 5-10 »	32,7 ‰
De 10-15 »	211,4 ‰

Nas cidades principaes da Noruega:

De 0- 1 anno.....	5 ‰
De 1- 5 annos.....	24 ‰
De 5-10 »	27 ‰
De 10-15 »	42 ‰

Nas cidades principaes da Suissa :

De 0- 1 anno	$\left\{ \begin{array}{l} 8,6\% \text{ de tuberc. pulmonar} \\ 21,9\% \text{ de outras fórm. de} \\ \text{tuberculose.} \end{array} \right.$
De 1- 4 annos	
De 5-14 annos	$\left\{ \begin{array}{l} 39,7\% \text{ de tuberc. pulmonar} \\ 13,5\% \text{ de outras fórm. de} \\ \text{tuberculose.} \end{array} \right.$
	$\left\{ \begin{array}{l} 123\% \text{ tuberc. pulmonar} \\ 232,7\% \text{ outras fórm. de} \\ \text{tuberculose.} \end{array} \right.$

B — Estatísticas baseadas sobre dados necropsicos.

GEORGE KUSS :

De 0-1 anno	5%
De 1-2 »	24%
De 2-4 »	40%

COMBY :

De 0- 3 mezes	5%
De 3- 6 »	24%
De 6-12 »	27%
De 1- 2 annos	43%
De 2-10 »	67%

BENJAMIN e SLUKA :

De 0- 3 mezes	6%
De 3- 6 »	17%
De 6-12 »	22%
De 1- 2 annos	42%

CORNET :

De 2- 3 mezes	6%
De 3- 6 »	10,5%
De 6- 9 »	17%
De 9-12 »	27,7%
De 1- 2 annos	26,7%
De 2- 3 »	29,6%
De 3- 4 »	31,8%
De 4- 5 »	22,4%

HAMBURGER :

De 0- 3 mezes	6%
De 3- 6 »	17%
De 6-12 »	22%
De 1- 2 annos	22%
De 2- 4 »	30%
De 5- 6 »	60%
De 7-10 »	64%

BINSWANGER :

De 0- 3 mezes	2,2%
De 3- 6 »	8,4%
De 6-12 »	16,8%
De 1- 2 annos	16,8%
De 2- 4 »	16,8%

NAEGELI :

De 0- 5 annos	17%
De 5-14 »	33%
De 14-18 »	50%
De 18-30 »	96%
De 30-40 »	97%

HARBITZ (de Christiania) :

De 0- 1 anno	10%
De 1- 2 annos	26%
De 3- 4 »	31,8%
De 5- 6 »	67,9%
De 7-10 »	79%
De 11-12 »	86%

KOSSEL :

De 0- 3 mezes	1,7%
De 4- 6 »	4,9%
De 7-12 »	20%

SCHLOSSMANN :

De 0- 3 mezes	2,2%
De 4- 6 »	8,4%
De 7-12 »	16,8%

MAMERTO ACUÑA (Buenos Aires) :

De 0- 6 mezes	1,6%
De 6-12 »	12%
De 12-18 »	38%
De 18-24 »	50%

BARBIER (Paris) :

De 0- 6 mezes	7%
De 6-12 »	32%
De 1- 2 annos	52%

A estatística de BARBIER refere-se a seu serviço do Hospital Héroid, em que são assistidas crianças desde 0 14 annos. Mais de metade dos lactentes do serviço eram tuberculosos confirmados ou suspeitos: 55% de tuberculosos sobre 1.000 autopsiados e 39 tuberculosos para 100 obitos nos meninos e 52,5 tuberculosos sobre 100 autopsias e 26,3 tuberculosos para cada 100 obitos nas meninas.

Como bem fez notar o eminente pediatra parisiense, para se aferir da frequência da tuberculose nas crianças de 0-2 annos, devem ser utilizadas de preferencia as estatísticas hospitalares, que, embora muito elevadas por se referirem só á população pobre e pois mais tuberculizavel, são as únicas precisas, differentemente das estatísticas das repartições demographicas, que não têm valor algum, baseando se em declarações puras e simples sem contra-prova alguma.

C.—Frequencia da tuberculose na infancia, demonstrada pelas reacções biologicas (cuti e intra-dermo reacções). Morbidez tuberculosa nas crianças :

VON PIRQUET

De 0- 3 mezes	3%
De 6-12 mezes	5%
De 1- 2 annos	14%
De 2- 3 »	33%
De 3- 4 »	38%
De 5- 6 »	35%
De 7-12 »	90%

MANTOUX

De 1- 2 annos	16%
De 2- 4 »	51%
De 4- 7 »	66%
De 7-15 »	82%

HAMBURGER

De 0- 1 anno	1%
De 1- 2 annos	9%
De 3- 4 »	27%
De 5- 6 »	51%
De 7-10 »	71%
De 10-14 »	94%

GANGHOFNER

De 0- 1 anno.....	0%
De 1- 2 annos.....	2%
De 3- 4 ».....	27%
De 5- 6 ».....	46%
De 7-10 ».....	57%
De 11-14 ».....	70%

COZZOLINO

De 0- 1 anno.....	8,69%
De 1- 2 annos.....	12,99%
De 2- 3 ».....	17,07%
De 3- 4 ».....	42%
De 4- 5 ».....	43,84%
De 5- 6 ».....	44,44%
De 6- 7 ».....	51,72%
De 7- 8 ».....	60,56%
De 8- 9 ».....	62,5%
De 9-10 ».....	71,43%
De 10-11 ».....	70%
De 11-12 ».....	83,33%

DI CRISTINA

De 0- 6 mezes.....	17,5%
De 6-12 mezes.....	30%
De 1- 2 annos.....	28%
De 2- 4 ».....	47,56%
De 4- 6 ».....	72%
De 6- 8 ».....	83%
De 8-12 ».....	82%

CALMETTE

De 0- 1 anno.....	8,7%
De 1- 2 annos.....	22,1%
De 2- 5 ».....	53,8%
De 5-15 ».....	81,4%
De 15 annos.....	87,7%

COHN

De 2- 3 annos.....	66%
De 4- 5 ».....	66%
De 6- 7 ».....	77,5%
De 8- 9 ».....	77%
De 10-11 ».....	80,5%
De 12-13 ».....	89,9%
De 14 annos.....	100%

MAC NEIL (Edimburgo)

De 0- 1 anno.....	14,1%
De 1- 2 annos.....	29,9%
De 3- 4 annos.....	46,6%
De 5- 6 annos.....	18,8%
De 7-10 annos.....	51,9%
De 12-14 annos.....	55,5%

LEPAGE (Manchester)

De 0- 2 annos.....	32%
De 2- 5 annos.....	51,2%
De 5-10 annos.....	60,6%
De 10-12 annos.....	50,8%

MARFAN

(Estatística de 1914, 1915, 1916, 1917 e 1918)

De 0- 1 anno.....	10,5%
De 1- 2 annos.....	24,3%
De 2- 3 annos.....	32,8%
De 3- 4 annos.....	45,3%
De 4- 5 annos.....	49,16%
De 5- 6 annos.....	53,6%
De 6- 7 annos.....	58,1%
De 7- 8 annos.....	62,2%
De 8- 9 annos.....	92,9%
De 9-10 annos.....	72,1%
De 10-11 annos.....	70,8%
De 11-12 annos.....	85,7%
De 12-13 annos.....	87,7%
De 13-14 annos.....	83,3%

FISHBERG (New-York), em crianças vivendo em meio tuberculoso

De 1- 6 mezes.....	7,14%
De 1-12 mezes.....	21,05%
De 1 anno.....	31,25%
De 2 annos.....	66,66%
De 3 annos.....	70,45%
De 4 annos.....	67,39%
De 5 annos.....	66,04%
De 6 annos.....	64,29%
De 7 annos.....	70,43%
De 8 annos.....	72%
De 9 annos.....	70,13%
De 10 annos.....	70,13%
De 11 annos.....	76,92%
De 12 annos.....	70%
De 13 annos.....	70,91%
De 14 annos.....	83,79%

LUCIEN JEANNERET

Campo e meios abastados

Meios operarios urbanos

De 2- 3 annos...	3 a 6%	8 a 15%
De 3- 4 annos...	6 a 12%	15 a 20%
De 4- 5 annos...	12 a 15%	20 a 35%
De 5- 6 annos...	15 a 20%	35 a 50%
De 6- 7 annos...	20 a 30%	50 a 60%
De 7- 8 annos...	30 a 35%	60 a 65%
De 8- 9 annos...	35 a 40%	65 a 70%
De 9-10 annos...	40 a 45%	70 a 75%

ARAOZ ALFARO (Buenos Aires)

1º grupo — Crianças sãs, crescidas em meio são, sem antecedentes familiares:

De 0-1 anno 2% na clinica hospitalar e 0% na clinica particular.

De 1-6 annos 17% na clinica hospitalar e 8% na clinica civil.

De 15-20 annos 40%.

2º grupo. — Crianças sãs, porém criadas em meios tuberculosos:

De 0- 1 anno.....	30%
De 1- 6 annos.....	41%
De 6-15 ».....	66%

JUAN GARRAHAN (Buenos Aires)

Pesquisa no Asylo de Expostos :	
De 2- 4 annos.....	19 %
De 4- 6 »	27 %
De 6- 8 »	45 %
De 8-10 »	60 %
De 10-12 »	61 %
De 12-14 »	64 %
De 14-16 »	74,6%

JULIO BAUZA (Montevideo):

De 0- 3 mezes.....	5,2%
De 3- 6 »	6,3%
De 6-12 »	12 %
De 1- 2 annos.....	18 %

POLLAK achou que a proporção de reactores em um meio tuberculoso era de 96% de 0-2 annos.

O Dr. LUCIO DE MIRANDA, no Rio de Janeiro, na Policlina de Crianças, encontrou o coefficiente de 1,2% de 0-1 anno.

As condições de meio e de exposição ao contagio fazem pois variar fortemente as proporções.

JAKOB nas casas em que encontrou doentes de tuberculose aberta viu que todas as crianças reagiam á prova de von PIRQUET.

Affirma WARNER, de Minnesota, que nos differentes Estados da União Americana o coefficiente de reactores á prova cutanea varia de 38 a 52%.

S. PAULO.— Desde 1908 inscrevemos todos os filhos dos tuberculosos assistidos pelo dispensario « Clemente Ferreira » da Liga Paulista contra a Tuberculose, e que são conduzidos ao Instituto para pesquisas diagnosticas.

Foram inscriptas até hoje 252 crianças de 16 mezes até 15 annos, tendo reagido á tuberculina 107 ou 42,4% de contaminados, apresentando muitos delles á exploração radioscopica ganglios e sombras-hilares.

De 0- 2 annos reagiram	5 ou 4,6%
De 2- 4 »	9 ou 8 %
De 4- 6 »	21 ou 19 %
De 6- 8 »	25 ou 22 %
De 8-10 »	20 ou 19 %
De 10-12 »	15 ou 14 %
De 12-14 »	7 ou 6 %
De 14-15 »	5 ou 4,6%

A maior percentagem das reacções deu se de 4-8 annos.

As estatisticas dos medicos escolares dão como coefficiente da frequencia da tuberculose na idade escolar 50 a 70%, baseados estes algarismos na percentagem dos reactores á prova de von PIRQUET, proporção muito superior á que estabeleceu GRANCHER na população escolar de Paris, (15%) apoiando-se elle e seus discipulos no exame clinico, sobretudo nos dados da escuta. Nessa idade é frequente a tuberculose ganglionar ou ganglio-pulmonar, cuja percentagem ascende a 30%.

Os Drs. ALMIR MADEIRA e BACKER FILHO, do Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia de Nictheroy, procedendo a pesquisas neste sentido encontraram a percentagem de 3% nas crianças escolares de 6 a 9 annos e de 5% nas de 10 a 14 annos.

FREQUENCIA DEDUZIDA DA OBSERVAÇÃO CLINICA
HEUBNER (Berlim):

De 3- 6 mezes.....	3,6%
De 6- 9 »	11,8%
De 9-12 »	26,6%
De 1- 2 annos.....	14,2%
De 2- 3 »	13,4%

NEUMANN:

De 6-12 mezes.....	21 %
De 1- 2 annos.....	35,7%

MONCORVO PAI (Rio de Janeiro):

De 0- 1 anno.....	23,2%
De 1- 2 annos.....	20 %
De 2- 7 »	42,3%
De 7-15 »	16 %

A mortalidade é mais elevada na idade de lactancia, principalmente de 0-1 anno, do que mais tarde, por isso que naquella phase da vida é infima a quóta das tuberculosos lactentes, apresentando se a molestia nessa idade com accentuado gráo de virulencia e tendencia á extrema diffusão. BEITZKE encontrou a tuberculose latente nos recém-nascidos — 0%, no primeiro anno, 10%, de 2-5 annos, 41% e na idade escolar 45%, proporção exaggerada, visto que POLLAK, de Vienna, só achou 3 casos de tuberculose latente em 92 lactentes e d'ESPINE affirma ser excepcional na primeira idade a tuberculose latente.

HAHN avalia a mortalidade dos lactentes tuberculosos em 77,3%, POLLAK em 67,2, FRANKENAU em 87%, COMBE em 85% d' Mme. MANTOUX affirma que de 0 2 mezes morrem 75% e de 6-12 mezes morrem 54%.

Em nossa Capital o Professor LEONEL GONZAGA (3) em 849 fichas de alumnos das escolas mixtas Municipaes, cujas idades maximas attingem a 15 annos, archivou signaes clinicos de possivel infecção tuberculosa em 4,12%. As reacções de V. PIRQUET feitas pelo mesmo Professor no Hospital da Santa Casa (Ambulatorio da Faculdade) de 1917 a 1921, em 147 crianças, cujas idades se achavam comprehendidas entre 0 15 annos, deram ás seguintes percentagens:

Negativas.....	74	50,3 %
Positivas.....	36	24,5 %
Ignoradas.....	30	25,17 %

147

O estudo das estatisticas apresentadas comprova o que acima referi: *a infecção tuberculosa começa a sua devastação no homem logo no primeiro anno de vida; o gráo de morbidez vae augmentando progressivamente com a idade, attingindo o acme na idade adulta em que se pôde considerar a infecção como geral.*

O estudo da mortandade por tuberculose em relação ás idades nos mostra tambem a progressão crescente dos coefficientes, principalmente no periodo de adolescencia.

E' pois, senhores, tão frequente a infecção tuberculosa na infancia que só por isso se torna inadiavel o esforço dos hygienistas e dos administradores na defeza, na preservaçao ou, melhormente, na assistencia ao homem no periodo de sua formação.

HERANÇA TUBERCULOSA E CONTAGIO

E' de tal sorte frequente a tuberculose na infancia e tão estreitas são as relações que ella mantem com a tuberculose familiar que já HIPOCRATES dizia que « o tísico nasce de um tísico ». A ideia, pois, da herança do morbus se radicou no espirito dos povos por seculos de sorte a só modernamente ser possivel fazer a distincção entre a herança tuberculosa e o contagio familiar.

Acha se de facto demonstrada, senhores, a possibilidade da herança tuberculosa.

SCHLOSSMANN (4) citando LEHMANN, refere em seu tratado de pediatria « mulher de 30 annos, no 9º mez de gravidez, tísica ha muito, morre no 3º dia de puerperio ».

A autopsia revela : « lesões tuberculosas antigas dos pulmões, erupção miliar generalizada nos pulmões, alguns nodulos no epiploon, meningite tuberculosa. Tanto o peritoneo como o utero, assim como a superficie placentaria, macroscopicamente se mostram isentos de lesões tuberculosas. A criança morre 24 horas após o nascimento. Pela necropsia se encontram os ganglios juntos á aorta do tamanho de uma lentilha ou de um grão de ervilha, duros amarellos friaveis ao córte. Os ganglios peri bronchiaes são ainda maiores, formam um conglomerato do tamanho de um carôço de cereja e são semelhantes aos primeiramente descriptos. Nos pulmões se encontram fôcos quasi miliares, do tamanho em média da cabeça de um alfinete, e tambem o figado, o baço e os rins mostram nodulos miliares. Todos os nodulos nos varios órgãos se mostram como tuberculos typicos de varias idades : os bacillos tuberculosos eram abundantissimos nessas lesões ».

Segundo o mesmo auctor, KÜSS admittit 40 casos na literatura medica de tuberculose congenita no homem e cerca de 100 entre os bovinos.

Segundo PEHU e CHALIER (apud. CLEMENTE FERREIRA, op. cit.) o numero de casos indiscutíveis de tuberculose congenita attinge até a data actual a 51 sómente.

Mas, senhores, a despeito da possibilidade da infecção congenita na quasi totalidade dos casos que a observação clinica nos apresenta é o contagio familiar o principal responsavel pela perpetuação do virus.

HERANÇA DE PREDISPOSIÇÃO

Si acaso na generalidade dos casos se herda o virus, herdar-se-á a predisposição á infecção?

Questão discutível e discutida que envolve problemas biologicos altamente complexos e cujo esclarecimento tentarei no correr da dissertação.

A tuberculisação do organismo gerador permittirá consequentemente á sua sensibilisação uma modificação qualquer no meio interno capaz de permittir uma mais facil adaptação do organismo invasor ou, pelo contrario, estabelecer-se-á no organismo gerado um certo gráo de resistencia á infecção em virtude da relativa immunisação tuberculínica do organismo materno?

Do que a observação clinica mostra parece ser possível deduzir que os dous phenomenos se manifestem.

De facto, é incontestavel a influencia nefasta na infecção tuberculosa das gerações anteriores sobre o desenvolvimento da raça. Crianças debeis, franzinas, lymphaticas são o producto da herança dystrophica que indiscutivelmente se manifesta, constituindo o typo do predisposto.

Entretanto, não se póde em boa logica reconhecer nesse estado discrasico a especificidade da heredo-dystrophia, tanto os filhos de tuberculosos como de lueticos, ou de quaesquer progenitores, prezas de profunda discrasia, se apresentam como elementos debeis receptiveis ás multiplas infecções, por accentuado deficit de sua defeza organica.

Certamente, será isso tanto mais observado quanto mais profundas forem as raizes morbidas no tronco ancestral e de facto os rebentos dos troncos proximos, nos quaes se tenha iniciado a infecção, se mostram perfeitamente iguaes a quaesquer outros oriundos de troncos indemnes de molestia e só se tuberculisarão em maior

percentagem que elles pelas constantes oportunidades do contagio familiar.

Mas, senhores, como se manifesta a infecção tuberculosa nos oriundos de familias de tuberculosos? A mortandade nelles é maior do que nos filhos de familias isentas da molestia? Nem a mortandade nelles é mais elevada nem a infecção se apresenta com virulencia mais alta. Si maior é a extensão da infecção na familia tuberculosa, só isso succede pelas infecções determinadas pela repetição do contagio.

COMBY (5) refere no Congresso Internacional da Tuberculose, de Paris, em 1905, poder citar uma série de meningites tuberculosas, derivadas do contagio em domicilio, pela mãe, pelo pai, pelos avós, por um irmão, um domestico, etc., de modo a poder afirmar que em presença de um caso qualquer de tuberculose, medica ou cirurgica, um inquerito bem feito demonstrara sempre o contagio familiar. Entretanto, senhores, na maioria das vezes nesses casos, oriundos de fontes ancestraes tuberculosas, a infecção se manifesta sob fórmias menos graves, por modalidades clinicas ganglionares ou de infecção localisada não visceral, ou mesmo nessa ultima hypothese, sob fórmula torpida, ou de evolução chronica.

HERICOURT (6) afirma que a tuberculose de marcha lenta e a escrofulose se observam de preferencia na familia de tuberculosos.

RICOCHON, HAMEAU e MAGNAUT concluem do mesmo modo reconhecendo nos oriundos de fonte tuberculosa uma maior resistencia á evolução da infecção.

MAXON KING (7), pesquisando os antecedentes familiares de 242 individuos affectados por tuberculose pulmonar dos quaes 103 falleceram, reconheceu que dos obitos havidos 76 diziam respeito a individuos isentos de tara tuberculosa e que dos 27 restantes, provenientes de fonte tuberculosa, a molestia evoluira em prazo mais longo que nos primeiros.

Dá-se pois, meus senhores, com a infecção tuberculosa no homem o que a experimentação animal demonstrou nas mãos de SCHENCK (8), o que a reacção de BORDET-GENGOU revelou nas pesquisas post-mortem a J. PARISIT e HANNS (9), o que verificou ESTHER ROSEN KRAUTZ (10) sob a orientação de CALMETTE, estudando o sôro de uma centena de recém-nascidos, reconhecendo que cerca de 31% delles apresentavam anti-corpos tuberculosos no sangue, e isto em virtude da transmissão hereditaria desses productos da reacção de defeza.

HEREDO RESISTENCIA E PREDISPOSIÇÃO

Mas, senhores, como se coadunam as idéas, á primeira vista paradoxaes, da heredo resistencia com a da predisposição tuberculosa?

Sem me alongar na citação de todas as causas de abaxamento do coefficiente de resistencia organica, relativos quer a malformações anatomicas, causas determinantes de miopragias funcçionaes, quer a alterações biochimicas e cellulares responsaveis por estados discrasicos particulares, como por exemplo o do temperamento lymphatico, dir-vos ei que a noção de *terreno tuberculisavel* deve ser substituido pela mais verdadeira de *terreno tuberculisado*.

Os individuos predispostos são em verdade individuos bacillizados nos quaes existe o virus, muitas e muitas vezes em latencia, sempre com vida, sempre em im-

minencia de romper as barreiras de defeza, conservando seus portadores em potencial de doença tuberculosa.

Nesses individuos as reacções tuberculinicas são sempre positivas; e por ser a infecção tuberculosa principalmente e primordialmente uma infecção do systema lymphatico, encontrar-se-á a adenopathia especifica na totalidade dos suspeitos.

Mesmo na ausencia de lesão histologica especifica a inoculação de ganglios lymphaticos escrofulicos demonstra a presença do bacillo, como resulta das investigações de KOCH, BARTEL e WEICHELBAUM.

Mas, nesses individuos, senhores, como já vos disse, a doença tuberculosa é torpida, e o tratamento bem orientado os levará quasi que seguramente á cura.

COMO SE DÁ O CONTAGIO?

Não quero senhores, entrar na discussão pormenorizada da via de introdução do virus, que melhor possa ser responsabilizada pela generalização do contagio. Arvore respiratoria ou aparelho gastro-intestinal é a via lymphatica a principal vectora do parasita. E, no contagio familiar, são sem duvida o escarro e a saliva contaminantes aquelles elementos que devem ser considerados como os mais perigosos á extensão da infecção.

Não se pense, entretanto, que de modo absoluto se possa innocentar o leite tuberculoso como agente de infecção no homem.

As conclusões da *Royal Commission on Tuberculosis* (11) reconhecem que a infecção na criança pelo canal alimentar é frequentemente de origem bovina.

De 28 casos examinados pela Commissão exactamente a metade era de infectados pelo typo bovino.

HYSLOP THOMSON (12) em seu recente livro « Tuberculosis and Public Health » refere além dessas conclusões mais as seguintes observações:

Dr. JOHN FRAZER investigando o typo do bacillo em 70 casos de tuberculose ossea e das articulações em crianças de menos de 12 annos de idade, reconheceu em 41 casos o bacillo do typo bovino, em 26 casos o bacillo do typo humano e em 3 infecção mixta pelos dous typos. Abaixo da idade de 3 annos encontrou 23 casos de infecção por typo bovino e 5 por typo humano; nos casos em que a historia familiar referia a existencia de tuberculose pulmonar a percentagem de infecção pelo typo humano subiu a 71, enquanto que nos casos em que não havia tuberculose pulmonar na familia era ella sómente de 17.

Em 25 casos em que utilisavam o leite humano, sómente em 6 foi encontrado o bacillo do typo bovino enquanto que em 41 casos nutridos com leite de vacca em 37 se verificou a infecção por esse mesmo typo.

O Dr. PHILIP MITCHELL em 72 casos de tuberculose ganglionar cervical em crianças de *Edemburgo* e de districtos circumvisinhos encontrou o typo bovino em 65 casos (90%) e o bacillo de typo humano em 7 (10%).

O Dr. MITCHELL chama a attenção para o facto de incidencia da molestia nas crianças abaixo de tres annos de idade e refere ainda que 84% das crianças de menos de dous annos haviam sido alimentadas desde o berço com leite de vacca não esterilizado.

PARK e KRUMWIEDE (13) sobre um total de 1224 observações archivam no seguinte quadro a origem do typo de infecção em relação ás idades dos individuos e á fórma clinica constatada.

DIAGNOSTICO	ADULTOS		CRIANÇAS			
	De 16 annos e mais		5-16 a.		abaixo de 5 a.	
	Hum.	Bov.	Hum.	Bov.	Hum.	Bov.
Tuberculose pulmonar.	644	1	11	—	23	1
Adenites tuberc. axillar ou inguinal.....	2	—	4	—	2	—
Adenites tuberc. cervicaes.....	27	1	36	21	45	21
Tuberc. abdominal....	14	4	8	7	9	13
Tuberc. generalizada, origem alimentar....	6	1	2	3	13	12
Tuberculose geral.....	29	—	4	—	43	5
Tuberc. geral incluindo meninges, origem alimentar.....	—	—	1	—	3	8
Tuberc. geral incluindo meninges.....	5	—	7	—	52	1
Meningite tuberculosa.	1	—	3	—	27	4
Tub. dos ossos e artic....	27	1	38	3	26	—
Tub. genito-urinaria....	17	1	2	—	—	—
Tub. da pelle.....	3	—	1	—	1	—
<i>Casos mixtos:</i>						
Tub. das amygdalas....	—	—	—	1	—	—
Tub. da bocca e nodulos cervicaes.....	—	1	—	—	—	—
Tub. dos seios ou abcessos.....	2	—	—	—	—	—
Sepsis-bacillos latentes.	—	—	—	—	1	—
	777	10	117	36	215	65

Infecções mixtas ou duplas 4 casos.

Total dos casos..... 1.224

A incidencia da infecção pelo typo bovino, excluindo os casos de infecção mixta, dá pois os seguintes coefficients:

DIAGNOSTICO	ADULTOS		CRIANÇAS	
	16 annos e mais	5-16 a.	abaixo de 5 a.	
Tuberculose pulmonar..	0%	0%	4,1%	
Adenites tub. cervicaes..	3,6%	36%	58%	
Tuberculose abdominal..	22%	46%	59%	
Tuberculose generalizada	2,7%	40%	23%	
Meningite tuberc. (com ou sem lesões gener.).	0%	0%	13,6%	
Tub. dos ossos e articul.	3,5%	7,3%	0%	

Concluem PARK e KRUMWIEDE de seu magnifico trabalho que ainda que praticamente seja a tuberculose bovina um factor desprezivel na mortandade pela tuberculose pulmonar na idade adulta, nas crianças é esse typo de infecção responsavel por uma notavel percentagem dos casos de adenites cervicaes, de tuberculosos de origem alimentar e que nas crianças tenras constitue uma ameaça á vida dando a percentagem de 6 1/3% dos casos fataes.

As estatisticas, meus senhores, poderiam ser multiplicadas tendendo a demonstrar a possibilidade da infecção do homem pelo typo bovino e, ainda que possa essa causa de infecção ser concluida como desprezivel para a idade adulta, não se pôde entretanto deixar de reconhecer a sua influencia nefasta na infancia.

Não obstante, serem passíveis de crítica as estatisticas citadas, pois que em verdade é a differençação dos typos humano e bovino difficil de ser feita de modo absolutamente seguro, o typo bovino pôde contudo ser responsabilizado por 4 1/3% dos casos de tuberculose ossea, 10,7% dos casos de meningite, 23,8% dos de tuberculose generalizada, 40% dos de adenites cervicaes e 49% dos de tuberculose abdominal (CALMETTE).

Typo humano ou typo bovino, vemos, senhores, a predominancia da infecção na infancia dando-se o conta-

gio nos primeiros annos de vida do homem, e sendo o principal fóco o domicilio quer se trate da infecção por via respiratória quer por via alimentar.

A INFECÇÃO NA IDADE ADULTA

Mas, senhores, si é na primeira infancia que se dá o primeiro contacto entre o homem e o virus tuberculígeno, o que succederá ao organismo bacillizado no correr de sua existencia?

Mostra a observação ainda que além dos que succumbem nos primeiros annos de vida, e não são elles em pequeno numero, vão se accumulando como uma reserva tuberculizada todos aquelles que puderam reagir aos primeiros ataques do mal. Ao chegar a adolescencia o numero de bacillizados orça por 80% das populações escolares e nestas a mortandade augmenta pela fórma clinica mais usual e grave,—pela fórma pulmonar.

E' o proseguimento da primeira infecção, primordialmente ganglionar, super adicionada de infecções massiças e repetidas que por sua frequencia quebram o esbôço de resistencia adquirida em virtude de bacillização anterior, e esse phenomeno torna-se mais accentuado ao attingir a idade adulta, na phase pujante e productiva da existencia, entre 20 e 40 annos, quando a mortandade por tuberculose pulmonar alcança a maxima de toda a existencia do homem.

Nem sempre são as super infecções exogenas a causa da quebra de resistencia; molestia infectuosa aguda, intoxicação chronica, esfalfamento ou qualquer desregramento em excesso, poderão igualmente ser responsabilizados como causas determinantes da irrupção da doença.

Fóco em latencia qualquer que se conserve por longo prazo em silencio servindo muitas vezes como fóco activo vaccinante, por descargas bacillares repetidas occorridas pela ruptura consequente á evolução da lesão, transforma-se em fonte constante de auto-infecção que em breve prazo derrocará as barreiras naturaes de defeza organica, permittindo as localizações visceraes de maior gravidade e, entre estas, as localizações pulmonares como as mais communs e lethaes.

Não entra nos moldes da presente dissertação a discussão pormenorizada das localizações primitivas da infecção tuberculígena.

Quer seja o alveolo pulmonar o primeiro attingido pela chegada directa do virus por via respiratoria, quer se dê a localização do elemento infectuoso nelle após percurso mais ou menos longo pela via lymphatica, o certo é que este systema é o que em todos os casos reage com armas defensivas mais efficientes, permittindo a inclusão e permanencia por prazos muito longos no interior de suas malhas, na intimidade dos ganglios e que traduz o esforço da defeza pela hyperplasia do tecido.

Assim, são as adenopathias que se vêm esboçando desde a primeira infancia, mais notaveis na adolescencia, quando mais energica é a reacção de defeza. Si pôde o organismo vencer a infecção nessa idade, a resistencia posterior ao virus é notavel, a infecção chronica pôde se estabelecer, é verdade, mas o faz por suas modalidades mais torpidas,—asthma essencial ou bronchica, producção de causas mal definidas e que hodiernamente são attribuíveis aos fócios tuberculosos agentes de consequente intoxicação tuberculínica, chegando mesmo a consequente intoxicação por pensar de muitos, a modalidade clinica especial que caracteriza o temperamento arthritico.

Senhores, de ha muito vem sendo admittido o anta-

gonismo entre o temperamento arthritico e o lymphatico, prodromico da infecção tuberculosa.

E' idéa corrente, pelo menos popular, que os estados discrasicos arthriticos constituem terreno improprio á evolução da infecção tuberculosa; mas esse antagonismo só existe á custa da bacillização tuberculígena na infancia, á custa da herança dos caracteres bio-chimicos adquiridos, modificadores dos humores, constituintes desse estado discrasico particular que se torna resultante da vacinação inconsciente e hereditaria. Ora, sabendo-se que a evolução da doença pulmonar se processa, em geral, em prazos longos, em periodos de 5 a 15 annos em média, pôde-se concluir que a mortandade por tuberculose pulmonar obedece ao fraqueamento das gerações attingidas 5 a 15 annos antes, pela quebra de resistencia ás infecções que desde a infancia se vêm accentuando.

Assim, o periodo critico da vida humana em relação á infecção tuberculosa, do nascimento á adolescencia, schematiza o prazo em que o esforço do hygienista deve ser maximo para a consecução do escopo visado.

Mas, como preservar a infancia de morbus tão universalmente espalhado? Como proteger a adolescencia contra as infecções originadas na primeira infancia e contra as super-infecções quotidianas?

Como restringir o exercicio de futuros invalidos, o formidavel stock de carne humana, que a ignorancia hygienica, a crueldade da má sorte e, principalmente, a imprevidencia dos governos, preparam constantemente ao minotauro de fauces sempre abertas e insaciaveis?

Simplemte, senhores, pela coordenação de esforços, pela systematização de medidas de prophylaxia humana e não vexatorias; pela assistencia á infancia, á mãe, ao desamparado; pela instrucção generalizada e particularmente pela instrucção hygienica, pela assistencia pedagogica racional com que, ao lado do espirito, se cuida do corpo da criança; pela fiscalização dos vicios sociaes, não permittindo o desregramento do adolescente; pelo tratamento, consequente cura e *ipso facto* erradicação de futuros fócios disseminadores do virus, dos doentes em inicio, adenopathias, bacillizados em latencia; pela modificação do meio domiciliar, cuja construcção e entretenimento devem obedecer aos cuidados dictados pela noção de que «onde não entra o sol entra o medico e onde não penetra o ar penetra a morte».

O tratamento do bacillizado é, senhores, penhor seguro da cura; o tratamento do tuberculoso eliminador é garantia da erradicação de um fóco de disseminação, pela possivel cura da lesão em certos casos, em todos pela instrucção hygienica do doente.

Assim na igualdade infecção tuberculosa igual a bacillo mais organismo receptivel, substituindo a noção de infecção tuberculosa pela da doença tuberculosa e eliminando o termo organismo receptivel pela *cuidadosa assistencia da criança do nascimento á adolescencia*, o outro termo bacillo, ainda que de modo absoluto não seja destruido, praticamente neutralizado pela instrucção hygienica, pela modificação hygienica do domicilio, pela cura ou morte do paciente, fóco de disseminação, conseguir-se-á se veja de tal sorte diminuida a mortandade por tuberculose, em prazo não muito longo, que praticamente deixará de existir a terrivel parca devoradora da humanidade.

E' o que me proponho demonstrar ser possivel nas actuaes condições sociaes, desenvolvendo esse assumpto na proxima vez.

X

EDITORIAES

JULHO, 23, 1921

O EMPREGO DO ACIDO CYANHYDRICO NOS SERVIÇOS DE HYGIENE DAS HABITAÇÕES

Verificadas as suas grandes vantagens por numerosas experiencias, realizadas sobretudo na Italia e nos Estados Unidos, tem sido o acido cyanhydrico adoptado por diversos paizes na pratica higienica corrente, regulando-se o seu emprego por meio de decretos e leis especiaes.

Adoptado a principio para a desinfecção de navios, vae sendo aos poucos feita a applicação do methodo á hygiene das habitações, sendo realmente animadores e concludentes os resultados obtidos na Suecia e relatados pelo Dr. WAWRINSKY, delegado desse paiz junto ao «Office International d'Hygiene Publique».

Applicou o Dr. HERRLIN, Inspector chefe em Stockholm, o acido cyanhydrico, de 1918 para cá, para a desinfestação em mais de 10.000 habitações, com os melhores resultados. Fôram empregados os seguintes reactivos: cyanureto de sodio, acido sulfurico concentrado e agua doce, nas proporções de 1:1,5:4, isto é, para cada gramma de cyanureto, um e meio c. c. de acido sulfurico e quatro c. c. de agua. Prepara-se primeiro a solução do acido em uma capsula de tamanho sufficiente ou n'uma vasilha de porcellana, de argila ou de outra substancia inatacavel pelo acido, juntando-se depois o cyanureto de sodio. Produz-se a reacção immediatamente e o calor despreendido pela diluição do acido ainda mais facilita a preparação do acido cyanhydrico. Mais leve do que o ar, o gaz que se forma sobe como uma nuvem tenue, enche primeiro a parte superior do compartimento para diffundir-se depois por todos os seus recantos. Convem accentuar o seu notavel poder de penetração, atravessando facilmente os colchões, travesseiros, cobertores, sem risco algum de combustão.

Para a desinfestação de um quarto, procedê-se do seguinte modo: depois de abrir os armarios e gavetas, extender os colchões, pendurar as roupas, de modo a facilitar a impregnação do gaz, calafeta-se do melhor modo as janellas e portas, preparando-se, quando possivel, a abertura das janellas sem a necessidade de entrada no quarto cheio do gaz. Para um tratamento de 10 a 12 horas deve-se consumir 1.200 grs. de cyanureto de sodio, 1.800 c. c. de acido sulfurico e 4.800 c. c. de agua. Depois de misturar-se a agua com o acido sulfurico, operando com prudencia, colloca-se o cyanureto de sodio na solução acida quente, mas envolto em papel, de modo a retardar um pouco a reacção e permittir que a pessoa d'ella incumbida se possa retirar a tempo e fechar a porta.

Deve ser feito com toda a prudencia o arejamento do quarto. Si se obtem uma corrente de ar, em 10 a 15 minutos ter-se-á o arejamento; no caso contrario exige elle varias horas. Cuidado especial merecem os objectos molhados ou humidos, que por muito tempo retêm o acido cyanhydrico; no caso de ser logo habitado o quarto, deve se cuidar do afastamento desses objectos até que tenham seccado completamente, battidos depois e expostos ao ar livre bastante tempo.

Afim de se evitarem accidentes devidos á acção delecthera do acido cyanhydrico foram adoptadas em Stokolmo as seguintes precauções:

1) Tanto os occupantes do quarto tratado como os dos aposentos vizinhos são avisados da duração do tratamento, dos perigos decorrentes da acção delecthera do gaz, do seu cheiro irritante e da cocega que produz na garganta. Logo ás primeiras suspeitas de invasão de um dos compartimentos vizinhos, deverão ser largamente abertas as suas portas e janellas, fazendo-se amplo arejamento, retirando-se os occupantes sempre que fôr possível.

2) Em todas as portas do quarto em tratamento, fechadas a chave, colloca se um aviso do tratamento por gaz toxico, com risco de vida para os que tentarem a entrada.

3) Todas as aberturas do quarto, portas, janellas, aberturas para ventilação, etc., devem ser cuidadosamente calafetadas.

4) Durante a 1ª hora de tratamento uma attenção especial merecerão os compartimentos vizinhos.

5) De um modo geral, prefere-se operar durante o dia, evitando-se fazel-o de noite.

6) A volta dos occupantes ao quarto só se permite depois de completamente desaparecido o cheiro de acido cyanhydrico, escovados os cobertores, battidos os colchões, travesseiros, moveis estufados, etc.

7) Retiram-se os comestiveis, sobretudo liquidos, antes de começar o tratamento.

Todas essas prescrições constam dos Regulamentos Sanitarios da Suecia, datados de 1919, provocadas por alguns accidentes devidos a um arejamento incompleto dos compartimentos tratados.

Com esse methodo, os melhores resultados têm obtido a Hygiene Publica na Suecia. De um lado, ausencia de prejuizos materiaes nos moveis e utensilios e, do outro, completa eficiencia do tratamento. Convem notar que foi elle applicado em casas com numerosos locatarios, não havendo nenhum accidente sério a lamentar. Obtem-se com o acido cyanhydrico a destruição de todos os parasitas, assim como dos ratos, sendo muito sensiveis as moscas e mosquitos.

Faculdade de Medicina do Estado do Rio

Estão funcionando as aulas do 1º anno medico e proxima-mente se inaugurarão os cursos de aperfeiçoamento de clinica medica e cirurgica.

Foram iniciadas no dia 15 de Maio, nos laboratorios da Escola Superior de Agricultura, as aulas do primeiro anno. Publicamos a seguir o programma dos professores Gustavo Hasselmann e Roquette Pinto, respectivamente docentes de zoologia e botanica medicas.

Continuam abertas na Secretaria da Faculdade, á rua Visconde do Rio Branco 128, em Nitheroy, as inscrições para os cursos de aperfeiçoamento de clinica medica e cirurgica dos professores Pedro da Cunha e Ernani Alves. Neste ultimo estão já inscriptos 8 alumnos.

Programma da cadeira de Botanica da Faculdade de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

- 1 — Introducção ao estudo das plantas — Os seres vivos — Seriação dos typos — Leis da biologia vegetal — Divisões da Botanica — Methodos de estudo — Applicações á medicina.
- 2 — A cellula vegetal e suas differenças — Histologia e histo-chimica. — Applicações praticas.

- 2 — Órgãos e aparelhos da planta. — Typos cellulares e vasculares — Funções geraes da planta.
- 4 — Morphologia e physiologia da raiz — Aplicações praticas.
- 5 — Morphologia e physiologia do caule — Aplicações praticas.
- 6 — Morphologia e physiologia da folha — Aplicações praticas.
- 7 — Morphologia e physiologia do fructo — Aplicações praticas.
- 8 — Morphologia e physiologia da semente — Aplicações praticas.
- 9 — Os vegetaes e o meio — Saprophytismo — Parasitismo — Symbiose — Adaptação — Mutação das especies — Herança — Aplicações praticas.
- 10 — Taxonomia das plantas — Suas bases theoreticas e sua utilidade pratica — Principaes grupos que interessam á medicina.
- 11 — Myxophytas e Schyzophytas — Aplicações praticas.
- 12 — Thallophytas — Fungos — Algas — Lichens — Aplicações praticas.
- 13 — Bryophytas e Pteridophytas — Aplicações praticas.
- 14 — Gymnospermas — Aplicações praticas.
- 15 — Angiospermas monocotyleas — Aplicações praticas.
- 16 — Angiospermas dycotyleas — Aplicações praticas.

O curso será desenvolvido em 40 lições. Ao lado da explanação oral do assumpto serão feitas as demonstrações praticas exigidas pela materia. Na parte especial, do ponto 11 ao ponto 16, serão passadas em revista, de maneira objectiva e pratica, as principaes especies uteis ou nocivas, toxicas e parasitarias, de indispensavel conhecimento para o profissional da Medicina.

Programma da cadeira de Zoologia Medica

- 1ª lição: — Dominio da zoologia medica. Parasitologia; importancia de seu estudo. — Historia da Parasitologia.
- 2ª lição: — Parasitismo; parasitos e seu modo de acção sobre o organismo humano.
- 3ª lição: — A cellula animal; sua forma, sua genese, suas propriedades.
- 4ª lição: — Diferenciação e divisão cellulares.
- 5ª lição: — Problemas de sexualidade: gametos e gametogenese. Fecundação.
- 6ª lição: — Segmentação do ovo. Parthenogenese.
- 7ª lição: — O blastoderma e seus derivados.
- 8ª lição: — Os tecidos animais; sua genese, diferenciação e propriedades. Organogenese.
- 9ª lição: — Ontogenese e Philogenese. Hereditariedade.
- 10ª lição: — Noção de especie.
- 11ª lição: — Classificações zoologicas.
- 12ª lição: — Caracterização geral dos Invertebrados; estudo detalhado dos grupos que interessam á Medicina.
- 13ª lição: — Caracteres geraes dos Protozoarios. Morphologia e estrutura: o plasma e suas diferenciações; formações endo e exoplasmaticas.
- 14ª lição: — Conformação e estrutura do aparelho nuclear.
- 15ª lição: — Reprodução dos Protozoarios. Technica de pesquisa protozoologica.
- 16ª lição: — Caracterização dos Rhizopodos parasitos. Technica para colheita, cultura e observação microscopica das entamebas parasitas do homem. Acção pathogenica dos representantes deste grupo.
- 17ª lição: — Classificação dos Flagellados parasitos: Spirocabeta Ehrenberg, 1838; Treponema, Schaudinn, 1903; Leishmania, Ross, 1903; Trypanosoma, Gruby, 1842; Trichomonas, Donne, 1837; Giardia, Kunstler, 1882. Technica para pesquisa.
- 18ª lição: — Determinação dos Esporozoarios parasitos: Telosporideos e Neosporideos. Technica para pesquisa.
- 19ª lição: — Morphologia e systematica dos Ciliados parasitos: Balantidium; Niethoterus; Colpoda; Chilodon; Uronema. Technica para pesquisa.

20ª lição: — Considerações geraes sobre os Vermes. Importancia do grupo em pathologia humana. Verminoses. Helminthologia comparada.

21ª lição: — Classificação dos Vermes. — Relação das especies que occorrem no Brazil.

22ª lição: — Morphologia e systematica dos Nematelminthes, especialmente dos que parasitam o homem: Ascaris lumbricoides L, 1758; Oxyuris vermicularis (L. 1757); Anisostoma duodenale, Dubini, 1843; Necator americanus (Stiles, 1902); Strongyloides stercoralis (Bavay, 1852). Habitat. Acção pathogenica. Frequencia no Brazil das verminosos causadas por Nematoides.

23ª lição: — Forma dos ovos dos vermes nematoideos parasitos do homem; seu desenvolvimento. Typos larvares. Technica especial para o estudo dos ovos e dos adultos.

24ª lição: — Filaria sanguinis hominis, Lewis, 1872; sua caracterização, seu desenvolvimento, sua acção pathogenica e distribuição geographica. Technica para colheita e exame A Dirofilaria magalhãesi, R. Blanchard, 1895. Dracunculul medinensis, L. 1758. Trichinella spiralis (Owen, 1835); technica para pesquisa.

25ª lição: — Morphologia e systematica dos Platielminthos, principalmente das especies parasitas do homem: Dibotriocephalus latus (1758, L.); Taenia solium, L. 1758; Taenia (taeniarhynchus) saginata, Goeze, 1782; Echinococcus echinococcus (Zeeder, 1800); Hymenolepis diminuta (Rudolph, 1819). Technica para pesquisa.

26ª lição: — Cyclo evolutivo dos vermes Cestoideos parasitos do homem: o ovo, o embrião, a larva cysticercus e cysticercoses.

27ª lição: — Caracterização dos Trematoideos parasitos do homem: Schistosomum mansoni, Sambom, 1907. Habitat; cyclo evolutivo.

30ª lição: — Considerações geraes sobre os Arthropodos. Importancia dos Insectos na transmissão das doenças parasitarias.

31ª lição: — Morphologia dos Insectos: a) — conformação interior; b) — conformação exterior: o tegumento e seus derivados; valor systematico destas formações.

32ª lição: — Appendices cephalicos: a antenna, seu typo fundamental e variantes morplicas; as peças buccaes, suas formas e funções.

33ª lição: — As patas, sua conformação; as azas, seu numero, forma e estrutura.

34ª lição: — Classificação dos insectos que interessam á Medicina. Anoplurus pediculoides: Pediculus capitis, de Geer, 1778. P. vestimenti, Nitzsch, 1818, Phthirus inguinalis (Redi, 1668).

35ª lição: — Caracterização dos Heteropteros, especialmente dos que interessam á Medicina: a) — Cimex lectularius Merret, 1667. — Habitat e acção pathogenica; b) — Reduviidos: Triatoma megista (Burmeister, 1835); T. infestans. T. vitticeps (Stal, 1859). (Klug, 1834); T. brasiliensis, Neiva, 1911; T. sordida (Stahl, 1859). T. geniculata (Latreille 1811). T. maculata (Erichson, 1848). T. recurva (Stal, 1868). T. rubrovaria (Blanchard, 1848). Desenvolvimento, habitat e poder vector de parasitos ao homem.

36ª lição: — Determinação dos Siphonapteros, cujos generos occorrem no Brazil. Importancia do grupo. Propagação das doenças parasitarias. 1 — Pulex irritans (L. 1758); Xenopsylla cheops (Roths. 1903); Otencephalus canis (Curtis, 1826); Ctenocephalus felis (Bouché, 1835); Dermatophilus penetrans (L. 1758).

37ª lição: — Morphologia e divisão systematica dos Dipteros.

38ª lição: — Caracteres geraes dos Brachyceros: — Tabanideos, Mucideos, Oestrideos. Acção prejudicial causada ao homem pelos representantes deste grupo, quer no estado larvar, quer no estado perfeito. Myasis.

39ª lição: — Caracteres geraes dos Nematoceros: classificação dos Culicideos, especialmente dos Culicíneos e Anophelinos que podem transmitir doenças ao homem.

40ª LIÇÃO: — Culicíneos e Anophelíneos: habitat; desova, o ovo, sua forma e disposição; a larva, aspectos morfológicos e modos de vida; a nymphia, sua morfologia; a eclosão. Duração do ciclo evolutivo.

41ª LIÇÃO: — Descrição dos Simulídeos, dos Psychodídeos e dos Chironomídeos prejudiciais á saúde humana.

42ª LIÇÃO: — Morphologia dos Arachnídeos. Classificação dos grupos que interessam á Medicina. Linguatulídeos. Acção pathogenica. Descrição dos Acarinos, especialmente dos Demodécidos e Sarcoplídeos. Descrição dos Trombídídeos, Ixodídeos, Gamasídeos.

43ª LIÇÃO: — Descrição dos Aracnídeos e Escorpionídeos. Escorpionidismo.

44ª LIÇÃO: — Descrição dos Myriapodos. Accidentes causados no homem pelos representantes do grupo.

45ª LIÇÃO: — Descrição geral dos Molluscos. Importancia do grupo em Medicina.

46ª LIÇÃO: — Caracteres geraes dos Vertebrados. Organização dos Peixes; determinação das especies nocivas ao homem.

47ª LIÇÃO: — Caracteres geraes dos Vertebrados. Forma e função dosapparelhos anatomicos na serie zoologica. O systema tegumentar. O esqueleto e o systema muscular. Locomoção. Apparelho digestivo. Apparelho respiratorio. Apparelho circulatorio. Apparelho emunctorio. Apparelho genital. Systema nervoso. Orgams dos sentidos.

48ª LIÇÃO: — Descrição dos Repteis. Classificação dos Ophídídeos: cobras peçonhentas e cobras não peçonhentas. Ophidismo.

49ª LIÇÃO: — Descrição dos mamíferos. Estudo comparado dos Primatas. O homem fossil e o homem actual.

50ª LIÇÃO: — Morphologia humana. Noções geraes de Anthropologia e Ethnographia.

NOTAS E INFORMAÇÕES

RIO DE JANEIRO

Departamento Nacional de Saúde Publica. — Seguiu para o Paraná, a bordo do « Minas Geraes » o Dr. Belisario Penna, director da Prophylaxia Rural.

O Dr. Belisario vae áquelle Estado, com o fim de visitar os serviços de prophylaxia rural, tencionando regressar ao Rio em principios de Agosto proximo.

S. PAULO

Professor Afranio Peixoto. — Esteve nesta capital onde, a convite da Sociedade de Cultura Artistica e do Centro Academico « Onze de Agosto », realizou duas conferencias sobre Castro Alves, o illustre professor Dr. Afranio Peixoto, lente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e festejado homem de letras. S. S., que já regressou para a Capital Federal, voltará novamente em Agosto a S. Paulo, afim de fazer uma conferencia na Sociedade de Medicina e Cirurgia e outra no Centro Academico « Oswaldo Cruz ».

Professor Oscar Freire. — Esteve no Rio de Janeiro, onde realizou, na Academia Nacional de Medicina, da qual é socio honorario, uma conferencia sobre fauna cadaverica e sobre identificação dos projectis de armas de fogo, o illustre professor Dr. Oscar Freire, lente cathedratico de Medicina Legal das Faculdades de Medicina da Bahia e de S. Paulo.

Faculdade de Medicina. — Reabriram-se no dia 16 do corrente as aulas da Faculdade de Medicina, tendo terminado as ferias de inverno.

Corpo de Saúde da Força Publica. — Está em gozo de licença o tenente-coronel Dr. Amarante Cruz, director do Corpo de Saúde da Força Publica. Para substituí-lo foi nomeado o maior Dr. Arlindo de Carvalho Pinto.

ASSOCIAÇÕES SCIENTIFICAS

Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brazil

(Sessão de 2 de Julho de 1921)

Dr. Oliveira de Menezes Filho

Foi eleito socio o Dr. Oliveira de Menezes Filho.

Technica do esvaziamento do utero nas toxemias gravidicas

Dr. DIDIMO NAPOLEÃO diz não vir trazer novidade alguma, mas apenas precizar certas minucias de technica.

Refere as oportunidades do esvaziamento, que variará de accordo com o conteúdo uterino, isto é, de accordo com a idade da prenhez, mas que deverá ser sempre rapido e efficaç.

Trata da technica da dilatação mecanica, do destacamento do ovo, da sua extração e do uso do dreno para diminuição dos restos placentarios.

Acha que se devem retirar o embrião e a placenta parcelamente nas prenhezes do 3º e do 4º mez.

Aconselha o emprego do balão de Charpentier de Ribes para a dilatação nas prenhezes do 5º e 6º mez, apezar da sua lentidão, por achal-o preferivel ao uso da cesareana vaginal, por ser essa operação capaz de provocar shock operatorio nos casos de toxemias gravidicas.

Desaconselha o uso da cureta, a não ser nos casos de mola hydatiforme. Prefere a anesthesia regional.

—PROFESSOR FERNANDO MAGALHÃES combate a opinião do orador no tocante á sua opinião ácerca do perigo do shock pela cesareana ou pela anesthesia geral, pois a dilatação forçada e o esvaziamento produzem igualmente o shock.

Acha que o utero do 3º mez é difficilmente dilatavel a ponto de permitir a retirada de um feto e de uma placenta já volumosa.

—DR. ARNALDO DE MORAES discorda do orador no que se refere ao uso da cureta nos casos de mola hydatiforme, pois ali os phenomenos de toxemia são dos mais intensos.

Complicações pulmonares após as laparotomias

Dr. RAPHAEL PARDELLAS discorre sobre as complicações pulmonares sobrevindas nos individuos, principalmente do sexo feminino, após a execução de uma laparotomia. Reconhece tres factores principaes de complicações: 1º condições individuaes do paciente; 2º natureza da intervenção a que se submete; 3º condições a que é sujeito o operado após o acto operatorio.

No primeiro caso, estão os estados morbidos já existentes no apparelho pulmonar, como a bronchite, a asthma, a tuberculose e a syphilis pulmonares, a coqueluche, etc. No segundo caso estão a intoxicação anesthesica e o shock respiratorio. No terceiro caso, estão os descuidos da assistencia medica e as affecções pulmonares sobrevindas após a operação.

Mostra o periodo a que se expõem os operados, fazendo-os retirar das salas de operação, onde a temperatura é mais alta, para os corredores onde existm correntes de ar, sem que se tomem cuidados no sentido de evitar o resfriamento rapido.

Termina mostrando ser indispensavel o exame do apparelho pulmonar antes da realização de toda laparotomia, bem como a rapidez do acto operatorio, e, portanto, rapidez tambem da anesthesia. Recommenda a posição de Fowler como a mais capaz de impedir complicações pulmonares subseqentes.

—DR. CORRÊA DA VEIGA diz ser seu habito, quando serve de anesthesiador nas operações executadas pelo Dr. Fernando Vaz, examinar systematicamente os apparelhos pulmonares, circulatorio e renal.

Mostra-se contrario ao uso dos apparelhos de anesthesia, por achar que a quantidade do anesthesico a empregar deve ser dosada pelo anesthesiador.

—DR. JORGE MONARDINO felicita o orador pela sua communicação. Acha que o chloroformio deve ser empregado nos casos de ligeiras alterações pulmonares e o ether nos casos de ligeiras alterações cardiacas. Nos casos em que houver indicação para o