

Repetidas vezes praticamos a pesquisa de grãos e até mesmo ao microscópico nada conseguimos vislumbrar.

Colhemos então cuidadosamente, em nodulos ainda fechados, o material necessario para sementeira no meio de prova de Sabouraud e na gelose simples.

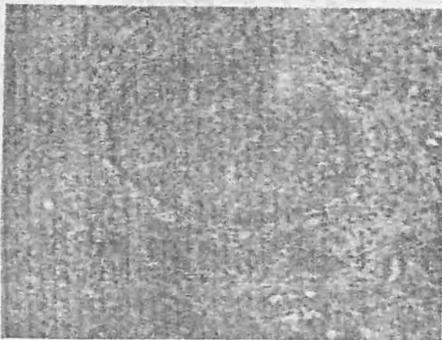
Retiramos tambem um fragmento da lesão para o exame histologico que foi confiado ao competente e ilustrado collega Prof. Amadeu Fialho, então de passagem pela Bahia.

Emquanto aguardavamos o relatório do Prof. Amadeu Filho, conseguimos isolar um cogumelo com os seguintes caracteres:

No meio de Sabouraud, o cogumelo desenvolveu-se bem: ao cabo de 7 dias, pudemos ver colonias cor de creme, centro elevado e irregular, sem brilho, com orla pregueada em raios.

Na gelose simples: colonias arredondadas de superficie brilhante, pouco salientes, de cor amarelada.

Ao microscopio as culturas de 10 dias apresentam-se sob a forma de numerosos elementos arredondados ou ovaes e de alguns filamentos irregularmente septados.



As culturas de um mez mostram os mesmos elementos, alguns abrolhantes, e ainda reduzido numero de filamentos septados. O cogumelo isolado pertence ao genero Monilia. O achado do fungo veio confirmar a nossa suspeita: o doente era portador de um tumor mycotico em que não se tinha podido até então verificar a existencia de grãos. Era um caso de paramycetoma como o comoreendem Castellani e Chalmers e como melhor o admittem Le Dantec e outros.

Paramycetoma, segundo Chalmers e Castellani, é todo tumor causado pela presença de um fungo, mas no qual ou não se mostram grãos ou são esses em tão pequeno numero e de tamanho tão reduzido que escapam a uma pesquisa não demorada.

«A Paramycetoma is a term which includes all growths and granulations producing enlargement, deformity, and destruction in any part of the tissues of man, or animals, which are caused by the presence of fung of any nature whatsoever, but in which grains, are either entirely absent or are so few in number and small in size as to escape observation without prolonged search.»

Paramycetoma ou tumor mycosico puro seria o mycetoma sem grãos, escreve Le Dantec:

«Il y aurait donc deux variétés de tumeur à champignons: 1° le mycetome ou tumeur mycosique avec grains; 2° le paramycetome ou tumeur mycosique pures. Le Dantec. Précis de Pathologie exotique, 20 vol. 4 ed. pg. 919.

Neste interim tivemos a satisfação de receber carta do Dr. Amadeu Fialho, informando ter encontrado um grão tipico — apenas um — nos cortes feitos e pedindo-nos nova remessa de material, o que fizemos.

Relatório do Prof. Amadeu Fialho. Registo n. 5327 — Pequeno fragmento de pelle. Epiderme: ligeira acantose-hyperkeratose.

Derma espesso onde se encontram abundantes elementos de um processo inflammatorio chronico. Aliás se verificam tambem 2 pequenas formações circulares bem circumscriptas, micro-abcessos, um cheio de elementos leucocytarios, enquanto que o outro revela sobretudo celulas histiocytarias, ao lado de leucocytos. E' nessa ultima formação que se verifica um pequeno grão parasitario que aos grandes augmentos evidencia uma estrutura fibrilar, mas sem formação de clavias.

Diagnostico: mycetoma.

O Dr. Eduardo de Araujo teve oportunidade de ver as preparações de Dr. Amadeu Fialho e aqui tambem fez cortes do material que lhe forneciamos depois, chegando á conclusão de que realmente se tratava de um caso de mycetoma.

Em vista desses depoimentos podiamos agora com segurança firmar o diagnostico de mycetoma podal, baseado na opinião geralmente admittida de que todo tumor mycosico encerrando grão é mycetoma.

«Les mycetomes sont des tumeurs inflammatoires mycosiques, renfermant des grains de forme, de couleur et de dimensions variables, formés par un feutrage mycelien et pouvant être éliminés à l'exterieur par des fistules plus ou moins développées.» Brumpt-Précis de Parasitologie, pg. 1165.

Não errariamos tambem se de accordo com Castellani e Chalmers, classificassemos o caso como paramycetoma.

O doente foi operado pelo Dr. Edgard Santos, em 14 de Junho de 1933. Todas as fistulas foram largamente abertas e curetadas, os tecidos mais comprometidos foram retirados e sobre as partes ainda sangrentas foi applicada a tintura de iodo.

As sequencias operatorias foram optimas e o doente considera-se curado.

Antes e depois da operação o doente foi submettido ao uso do iodeto de potassio em dose elevada.

Comentarios — Preferimos o diagnostico do mycetoma ao do paramycetoma porque com Le Dantec e outros pensamos que desde se logre descobrir um grão mycosico num tumor o diagnostico a fazer é de mycetoma.

O termo paramycetoma deve ser reservado para os casos de tumor mycosico sem grãos.

O nosso caso assume certa importancia pelas circunstancias seguintes:

1° Trata-se de um mycetoma de grãos escassissimos, só evidenciados nos cortes;

2° A penetração do fungo se fez mercê de um ferimento produzido pelo esporão de um peixe-arara ou arara (Raja).

Parece-nos ser este o primeiro caso em que a inoculação do fungo assim se realiza. Do nosso caso se aproxima o de Boyd e Crutchfield; em que a inoculação se fez pela dentada de um manjuari (Lepidosteus tristoechus).

3° O fungo, mais de uma vez por nós cultivado, pertence ao genero Monilia, conforme classificaram os Drs. Olympio da Fonseca F.º e Arêa Leão.

Pela primeira vez se assignala o genero Monilia como determinante de mycetoma.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROBLEMA DA TUBERCULOSE EM NOSSO MEIO

Pelo Prof. A. FONTES
(Do Instituto Oswaldo Cruz)

Nenhum problema medico social, dos que affligem a nossa commuidade, é de mais urgente cuidado do que o da tuberculose.

Todos estamos fartos disso saber, poucos, porém, se esforçam por dar-lhe remedio. Julgam-no insolúvel pela complexidade que elle apresenta, mas se esquecem de que sua complexidade actual entre nós, simile do que occorre em todos os centros urbanos, cresceu mercê do abandono em que tem vivido nossa população, orphã da assistencia que a collectividade deve a seus membros.

O momento em nosso meio social é de renovação. Não se cançam os actuaes dirigentes de affirmarem-no pela palavra e por alguns actos comprovadores.

E' de esperar que, senhores do conhecimento da hecatombe que nos destróe cada hora, empreguem o seu esforço em prol da salvação de nossos compatriotas, formando a reserva annual de milhares de vidas, prestando a solidariedade que todo homem deve a seu semelhante e assim, moral e materialmente, preparando melhores dias para o Brasil de amanhã.

O problema não é insolúvel. Antes é de solução certa; o momento é opportuno no iniciar a tarefa, e esta relativamente facil de ser executada, attendendo ao que poderemos fazer sem grandes sacrificios para o trario publico.

Com o presente trabalho quero cumprir o dever de clamar, clamar sem cessar, como venho fazendo a mais de uma decada pela imperativa necessidade de encararmos a desgraça que nos assoberba com animo firme e bem orientado.

Assim procedendo virá a nós com segurança o remedio que só espera por nossa energia e boa vontade para que se cumpram todas as promessas com que elle nos acena.

ESBOÇO DO QUADRO ACTUAL DA PANDEMIA TUBERCULOZA NO DISTRICTO FEDERAL

A hecatombe pela tuberculose so na Capital da Republica foi representada no obituario geral em 1932 pela elevada cifra de 4.912 obitos, o que equivale a dizer, aproximadamente a 16 % da mortandade geral e excedendo de 1.298 obitos, cerca de 26 %, o numero global dos obitos pelas outras doenças transmissiveis.

Estes dados se referem ao anno de 1932, aquelle que durante os ultimos trinta annos, só uma vez teve o coefficiente annual de obitos menor, o que ocorreu em 1927 (13.50 em 1927 para 14.77 em 1932).

Anno de 1932:
Mortandade 24.744 obitos

Obitos pelas principaes doenças transmissiveis:

Impaludismo	325
Syphilis	666
Febre typhoide	87
Dysenterias	165
Grippe	821
Dyphtheria e crupe	108
Coqueluche	280
Sarampo	353
Lepra	68
Cancer	741
Total	3.614
Affecções do aparelho digestivo ..	4.125
Crianças de 0-2 annos	2.835 (1)
Obitos por tuberculose	4.912

A cifra global de 4.912 obitos por tuberculose dividida pelo numero de horas do anno (8.760) dará o coefficiente de 0,56 por hora ou 1,2, numero de obitos em cada duas horas.

Não se pense ter sido escolhido adrede como demonstradora a mortandade do anno transacto. Si compulsumos a estatistica dos ultimos 30 annos chegaremos á conclusão proxima da que obtivemos para 1932, com a aggravante de vermos que o numero de obitos por tuberculose tem tido progressão crescente no seu valor absoluto:

Quinquenios	Obitos por tuberculose	Coefficiente por hora
1903—1907	15.698	0,36
1908—1912	18.014	0,41
1913—1917	21.327	0,48
1918—1922	23.057	0,52
1923—1927	21.650	0,46
1928—1932	23.392	0,53

O que equivale a dizer que durante 30 annos no Distrito Federal, em cada 2 horas e 10 minutos morreu um individuo por tuberculose.

Taes coefficientes significam ainda que o numero de obitos tem augmentado, não só em relação á unidade de tempo hora como em relação á morbidade, pois que

(1) O excessivo obituario nessa idade expressa a carencia de assistencia á mãe e ao nascituro.

nde de accôrdo com estatísticas de ara 3,5 (Braeuning), 1 para 4,2 (Blü- ttedt), sendo a média adoptada em (L. Bernard).

allidamente resumido, o estado actual tação que o flagello causa só no Dis-

EXISTE FEITO ENTRE NÓS

ctividades anti-tuberculosas foram, ativa particular. Remontam ellas á tra a Tuberculose, fundada a 4 de te teve como seu primeiro presidente rruna.

is principaes do seu programma: a a tuberculose e fundação de sana- Em obediencia ao primeiro item, a ntenso trabalho, conseguindo varias caracter anti-tuberculoso, taes como atoria nos casos de obitos por tuber- to respiratorio, a notificação com- de tuberculose pulmonar e laryngéa, lo uso de escarradeiras em todos os ; pelo publico e nas habitações colle- ntos commercaes, collegios, reparti-

ou o seu primeiro dispensario; em ensario Azevedo Lima e em Outubro rio Viscondessa de Moraes.

a dia a Liga a sua benemerencia não io a seu cargo como com as organi- rrio Dona Amelia, modelo de orga- ncia e com o serviço de vacinação rgrandes serviços devidos á clarividên- rrgador Ataulpho de Paiva peccam lto limite do seu ambito, em stricta rrcos recursos de que a Liga dispõe. rilação federal soore a tuberculose, as rões se contem no corpo do regula- rprovado por decreto de 8 de Março rabelece a obrigatoriedade da notifica- r que houver eliminação do bacillo e a escarradeira em todos os estabeleci- rparticulares.

s officias iniciadas assim tiveram o logico com a creacção da Inspectoria Tuberculose, de cuja organização e á noção exacta pela leitura da noticia resio Pitanga, então inspector interino, ficial (2).

lho o Dr. Pitanga refere que todas as rctoria são representadas sómente pela e 321:820\$000, da qual só ao serviço , drogas e material para pharmacia 0, ou mais de um quarto da verba

de hospitalização a nossa situação é de

de Prophylaxia da Tuberculose, 1930, Dr.

miseria. Para uma mortalidade de cerca de 4.500 tuber- culosos por anno possuímos menos de 800 leitos, assim descrimnados:

	Homens	Mulheres
Hospital S. Sebastião.....	300 leitos	48 leitos
Hospital N. S. das Dôres de Cascadura — (Santa Casa da Misericordia).....	—	200 >
Hospital D. Pedro II (Santa Cruz)—(Assistencia Hos- pitalar).....	25 >	25 >
Hospital Paula Candido.....	75 >	75 >
	400	348 >

Observação — Este numero é calculado com prodi- galidade pois que em seu ultimo relatório Genesio Pi- tanga refere sómente a existencia de 600 leitos (A tu- berculose no Rio de Janeiro, 1932 — *Rev. de Hyg. e S. Publica* — Outubro de 1932).

ORA, EM MATERIA DE TUBERCULOSE, UMA HOSPITALIZAÇÃO RAZOAVEL EXIGE UM LEITO PARA CADA OBITO, FAZENDO- SE O CALCULO PELO MENOR MULTIPLO, (UM OBITO PARA CINCO CASOS).

Esta medida tem sido posta em pratica por diversos paizes nas seguintes proporções: « Estados Unidos, 2 leitos por obito; a Dinamarca possuia, em 1928, 137, 4 leitos para 100 obitos; na Inglaterra contavam-se 24.578 leitos para 31.500 obitos. numero que foi accrescido pela reorganização da asistencia publica, que transferiu á tuberculose os leitos nos « Boards of Guardian ». Em França em 1º de Janeiro de 1931 existiam 21.000 leitos que durante o mesmo anno deveriam ser accrescidos de mais 3.500. Na Allemanha existiam em 1930, 75.500 leitos ». (Burnet — Prophylaxia de la Tuberculose).

Ainda em materia de hospitalização cedo a penna ao eminente collega Dr. Placido Barboza (3), o organi- zador e iniciador das actividades officias anti-tubercu- losas:

« A lacuna principal na organização da campanha de prophylaxia da tuberculose é a dos hospitaes. Esta lacuna é berrante e clamorosa, não só perante as necessidades da prophylaxia como perante os mesmos deveres essen- ciais de assistencia do Estado ao povo. Póde-se afir- mar que uma das causas da enorme mortalidade da tuberculose no Rio de Janeiro é a falta de hospitaes, e que uma das maiores causas de soffrimento do povo, de soffrimento moral e physico é a falta de hospitaes suficientes para os tuberculosos. A regra ideal para hospitalização de tuberculosos, adoptada pelos norte- americanos, é a de tantos leitos quantos os obitos; os leitos para tuberculosos nos hospitaes do Rio de Janeiro mal chegam a 13,4 por cento que deviam ser, calculando o numero de obitos de tuberculose por anno em 4.500, e sendo de 603 o numero de leitos para doentes de tuber- culose, 403 no Hospital de S. Sebastião e 200 no Hospi-

(3) Relatório apresentado ao Director Geral do Departa- mento Nacional de Saude Publica, 1930.

tal de N. S. das Dôres de Cascadura, este sómente para mulheres, e pertencente á Santa Casa da Misericordia.

A hospitalização de tuberculosos na cidade do Rio de Janeiro está resumida nestes dois hospitaes; o Hospi- tal de Paula Candido não recebe mais doentes de tu- berculose, o Pedro II substituiu as enfermarias de « tu- berculose » por uma de « ulceras »; os outros hospitaes da Santa Casa da Misericordia só temporariamente abrigam doentes de tuberculose, emquanto não pôdem elles ser transferidos para esses dois hospitaes especiaes, no que é posta sempre a maior diligencia; os hospitaes par- ticulares procedem de igual fórma.

Isto dito em palavras não representa nada de im- pressionante, mas, visto nas salas dos Dispensarios e nas habitações dos pobres, é angustioso e aterrador. E' o rapaz forte e bello, esperança da raça, amparo da familia, que se sabe terá a vida perdida em breve, depois de ter ficado na miseria, sómente porque não teve um hospital onde refazer suas forças durante alguns mezes; é a mãe tuberculosa, que não pôde ser soccorrida, e definha aos poucos, na casa miseravel, entre andrajos, ao mesmo tempo que se desenvolve o fructo das suas entranhas, e que morre apontando o ventre crescido que agitam violentamente os movimentos do feto, cuja vida se extingue tambem logo pela asphyxia naquelle carcere, que se não pôde abrir; é toda uma prole numerosa e de bôa estyrpe votada ao exterminio, sómente porque o pae contagiante não teve um lugar em hospital para ficar isolado; é a fome pelo desemprego e pela falta de orga- nizações de assistencia social; é a expulsão do domicilio, pela falta de pagamento; é a dissolução do lar, é a morte por falta de tratamento adequado e a tempo; é a miseria, em tudo o que ella pôde ter de mais humilhante; é o soffrimento, em tudo o que elle pôde ter de mais doloroso, moral e physico, que leva ao desespero e ao suicidio...

Dir-se-á que este modo de calcular o numero de leitos em hospitaes para doentes de tuberculose é exa- gerado; mas, qualquer que seja o calculo adoptado, a hospitalização dos tuberculosos pobres é no Rio de Janeiro clamorosamente insufficiente para as necessidades da prophylaxia e do tratamento devido; o Professor Ronzoni, da Italia, manda multiplicar o numero de obitos por 3 e dividil-o por 4, e isto daria, para 4.500 obitos, a necessidade de 3.375 leitos; Gatti, tambem da Italia, aconselha tomar o numero de obitos diminuido de 30 por cento, o que representaria, para 4.500 obitos, a necessidade de 3.150 leitos; o Professor Alfaro, da Argenti- na, calcula que 10 % dos doentes de tuberculose precisam ser hospitalizados, por falta de recursos suficien- tes, e o calculo minimo de doentes de tuberculose no Rio de Janeiro que se pôde fazer actualmente é de 22.500 (4.500 obitos \times 5), o que daria a necessidade de 2.250 leitos. Este coefficiente de 5, aqui empregado, é o menor dos que se usam para este genero de calculo con- jectural e que pôdem ir de 5 a 10; mas, para o nosso caso actual, pôde-se chegar a um resultado mais preciso. A duração média da vida de um tuberculoso pulmonar é de 4 annos (Marcus Paterson, Goggia); tendo havido 4.709 obitos de tuberculose em 1930, e tendo sido de

6.837 o numero de tuberculosos vivos diagnosticados no mesmo anno segundo os dados desta Inspectoria, multi- plicando 4.709 por 4 e sommando ao producto 6.837, teremos o numero approximado de doentes tuberculosos existentes nesse tempo, o qual é 25.673. Ainda assim esse calculo será approximado para menos, porque essa duração da vida do doente, que tomamos, é do tuber- culoso conclamado; mas para haver um certo numero de doentes chegados a este periodo, forçosamente ha- verá um numero maior de doentes menos avançados, porque a tuberculose pulmonar é, em geral, doença de marcha longa e que vae por etapas.

Para o augmento de hospitalização de tuberculosos, esta Inspectoria tem deprecado incessantemente, porque não está nas suas mãos o poder fazel-o, ás autoridades suas superiores. Já em 1925, em officio de 25 de Feve- reiro ao Sr. Dr. Director dos Serviços Sanitarios do Dis- tricto Federal, eu dizia: « E' contra esta situação deplora- vel que venho fazer perante vós a presente representa- ção, pedindo as vossas providencias e pedindo para fazel-as chegar ao conhecimento do Sr. Dr. Director Geral do Departamento Nacional de Saúde Publica. Na impossibilidade de construcção de hospitaes para tuber- culosos pobres, impõe-se como medida urgentemente necessaria a provisão de enfermarias ou pavilhões especiaes para elles nos hospitaes geraes. Não ha nenhuma razão scientifica, pratica, nem administrativa, que justifique que os nossos hospitaes geraes não recebam doentes de tuberculose, quando não dispomos, nem poderemos tão cedo dispôr, de hospitaes especiaes em numero sufficiente. Nos Estados Unidos mesmo, onde a morta- lidade pela tuberculose é extraordinariamente menor que a nossa, esse plano de hospitalização de tuberculosos nos hospitaes geraes foi aventado e defendido, sendo hoje preceito vencedor. Foi seu promotor o Dr. George Dock, em 1915. O medo que se tem, nos hospitaes geraes, dos doentes de tuberculose, é irracional, diz George Dock. Os cuidados de prophylaxia necessarios não são de natureza diferente ou de execução mais difficil do que os necessarios com outras doenças infectuosas que os hos- pitaes geraes recebem, taes como a pneumonia, a febre typhoide, a dysenteria, a gripe, o paludismo, a erysi- pela. Até que cada cidade e villa tenha um hospital especial para tuberculosos, todo hospital geral deve receber os doentes de tuberculose, em qualquer periodo, que precisem de tratamento hospitalar, assim conclúe o Dr. Dock. Em 1916, a Associação Nacional Contra a Tuberculose (National Tuberculosis Association) dos Estados Unidos, adoptou as idéas de Dock e approvou a resolução recommendando que os hospitaes geraes recebessem e tratassem os doentes de tuberculose, em enfermarias separadas. O plano foi acceto, recommendado pelo Serviço de Saúde Publica Federal dos Estados Unidos (U. S. Public Health Service) e pela Associação Medica Americana (American Medical Association). Além de attender ás necessidades da prevenção da tuberculose, a hospitalização dos tuberculosos nos hospitaes geraes tem as vantagens de popularizar o tratamento em domicílio, de treinar os medicos, estudantes e enfermeiros na technica da prophylaxia respectiva e de aperfeçoar os

conhecimentos sobre a tuberculose. O Hospital Geral da Santa Casa, o Hospital de S. João Baptista, o Hospital da Gambôa (todos da Santa Casa de Misericórdia), o Hospital de S. Francisco de Assis, o Hospital D. Pedro II e o Hospital Paula Cândido, devem receber doentes de tuberculose em enfermarias exclusivas. Póde-se calcular que poderiam ser assim hospitalizados mais de 250 tuberculosos, sem prejuizo dos serviços peculiares dos mesmos hospitaes. Este augmento do numero de leitos destinados aos tuberculosos pobres seria de maior efficacia para os efeitos da prophylaxia da doença, sendo ao mesmo tempo um auxilio apreciavel para a assistencia que o Estado deve ao povo. Assim, peço a sua intervenção e o seu interesse para que se possam conseguir as medidas acima apontadas, com as quaes, estou certo, haveis de estar de accordo ».

O QUE NOS FALTA FAZER

A luta anti-tuberculosa é por demais complexa para que possa ser explanada integralmente em uma simples exposição que, por sua natureza, deve ser breve. Esforçar-me-ei, entretanto, por tornar o problema claro e demonstrar sua exequibilidade.

Preliminarmente, deve ser elle encarado como problema medico-social e, por consequencia, encontrar solução na *assistencia medica* e na *assistencia economica*. Resume-se pois o problema prophylactico em: 1º — conseguir o numerario necessario á luta anti-tuberculosa, 2º — organizar a campanha.

Examinemos esses dois itens :

NUMERARIO NECESSARIO Á LUCTA ANTI-TUBERCULOSA

São de facto apavorantes as cifras que se enfileiram para traduzir o dispendio da luta social anti-tuberculosa. Não haverá erario publico algum capaz de comportal-as. O problema não é comtudo insolúvel, e o inextinguível thesouro da solidariedade entre os homens proverá fartamente as necessidades.

O problema synthetisa-se na organização necessaria á obtenção de fundos, representada pelo *seguro social contra a tuberculose*.

Esta solução já fez a sua demonstração pratica nos diversos paizes em que foi applicada. E, como exemplo, exporei summariamente a sua organização na Italia, paiz hoje considerado modelo na assistencia que presta á sua população tuberculosa.

Resultou na Italia a lei de Seguros Sociaes contra a Tuberculose, da constatação da insufficiencia da campanha effectuada até 1924, quando no Congresso de Napoles foi enunciada clara e abertamente a necessidade de novos rumos orientadores na luta travada.

Em 1925, os Professores Morelli, Ilvento, Giannini, Paolucci, Campani e Mendes, em consequencia a um vasto inquerito empreendido pela « *Federazione Fascista di lotta contra la Tuberculosis* », promoveram a lei de seguros.

Em Maio de 1927, na « *Carta do Trabalho* », no art. 27 já constam os pontos fundamentaes da lei que foi votada nesse mesmo anno, a saber :

- 1º — O seguro contra a Tuberculose é obrigatorio para todas as pessoas dos dois sexos que tiverem sido asseguradas contra a doença e a velhice. Elle se applica do mesmo modo aos individuos cujo salario mensal não exceda de 800 libras.
- 2º — Gozar igualmente do seguro, ainda que não paguem a contribuição: a mulher do segurado, seus filhos naturaes e legitimos, os irmãos e irmãs do segurado até a idade de 15 annos.
- 3º — Os segurados pagam uma contribuição de 1 lira por quinzena ou de 50 centimos, conforme sua receita. O empregador entra com a mesma parte-quota.
- 4º — Após completar 12 contribuições, o segurado tem direito á assistencia desde que se verifique um estado de doença que torne necessaria a hospitalização em um estabelecimento anti-tuberculoso.
- 5º — O funcionamento do seguro é confiado a um organismo *para-statal*, a « *Caixa Nacional de Seguros Sociaes* ». Elle deve prover unicamente á construção dos estabelecimentos necessarios e á hospitalização dos doentes.

Estas disposições legais na Italia applicaram-se a cerca de 20.000.000 (vinte milhões) de habitantes, isto é, cerca da metade da população do Reino.

A mobilização dos capitães necessarios ao funcionamento do seguro é expressada pelas seguintes cifras: O calculo approximativo dos individuos em risco, de accordo com os dados geraes das estatísticas, indicavam a necessidade de hospitalização de 82.000 doentes. A média de permanencia sendo de seis mezes, póde-se calcular o numero de leitos necessarios. Ao entrar em vigor a lei, em 1929, a Caixa Nacional de Seguros Sociaes dispunha de 3.000 leitos, em 1930 este numero tinha sido elevado a 15.000 e o programma será integralizado em 10 annos. A receita geral que o Seguro fornece é de 300 milhões de libras.

A Caixa Nacional de Seguros Sociaes tem a seu cargo unica e exclusivamente a construção de Sanatorios e Hospitaes e a hospitalização dos doentes.

Todos os outros problemas medico-sociaes correlatos á luta estão a cargo dos *Consortios Provinciaes*.

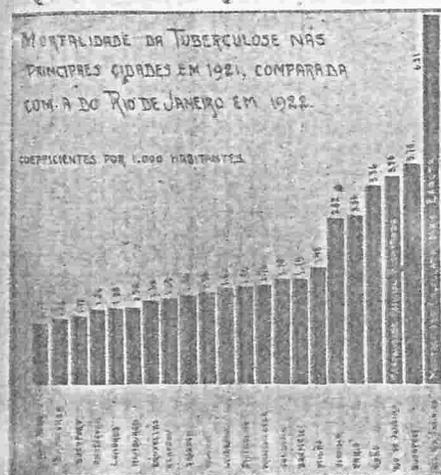
ORGANIZAÇÃO DA CAMPANHA

Existentes desde 1918, os Comitês Provinciaes anti-tuberculosos, presididos pelo Prefeito, tinham por missão organizar a prophylaxia, a propaganda e prover a cura aos invalidos da guerra, tuberculosos. Em 1919 essas organizações foram substituidas pelos Consortios, accrescidos os seus objectivos com a sanatorialização e hospitalização dos doentes pobres. Em 1923, o Estado regulamenta a participação financeira das cidades e das communas.

A provincia entra com a quota annual de 1 lira por habitante, enquanto que as cidades e communas contribuem com 50 centimos.

Diversas causas, entretanto, prejudicavam a accção dos Consortios, de modo a serem mediocres os resultados obtidos. Entre estas eram as principaes: a incapaci-

cidade e incuria dos directores e a insufficiencia dos meios financeiros. Após a reforma ultima o scenario mudou. Os Consortios são organizações do Estado dirigidas por um especialista que organiza tecnicamente a luta, são administrados por uma assembléa executiva presidida pelo prefeito da provincia. O Consortio agrupa obrigatoriamente e coordena todas as actividades anti-



tuberculosas da provincia, officaes ou privadas. Elle deve prover á prophylaxia, á hospitalização, á assistencia post-sanatorial e á propaganda.

Os estabelecimentos privados devem contribuir com uma quota ou reservar um certo numero de leitos disponiveis para os doentes de condição modesta. Todas as despesas provinciaes correm por conta dos Consortios, a excepção da hospitalização, que caberá á Caixa de Seguros. A receita geral dos Consortios, que em 1930 foi de 75 milhões de libras, foi calculada em cerca de 100 milhões para o anno de 1932.

São estas as duas columnas basicas da organização anti-tuberculosa na Italia. Ao lado dellas outras instituições de character official conjugam seus esforços com uniforme orientação para o mesmo fim. Entre estas, a *Obra Nacional da Infancia*, a *Milicia Fascista*, o exercito e a *marinha* (que possuem um completo serviço anti-tuberculoso, com centros de diagnostico e tratamento), a *Obra Nacional dos Invalidos de Guerra Tuberculosos*, com seus sanatorios especiaes, a *Federazione Fascista de Lucta contra a Tuberculose*, cujo principal objectivo é a propaganda prophylactica e de obtenção de fundos (sellos, vendas de objectos, etc.), — a *Cruz Vermelha*, que possui 5 sanatorios com o total de 1.094 leitos, 16 preventorios com 2.011 leitos e alguns dispensarios.

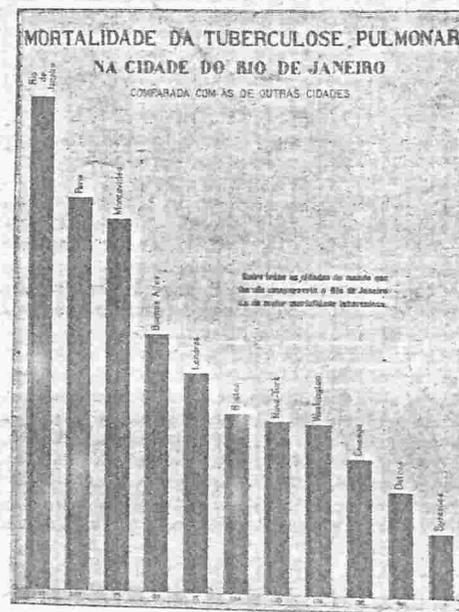
A prevenção na infancia é cuidadosamente exercida. Em 1924 existiam 27 preventorios dispondo de 2.051 leitos que hospedavam 5.826 suspeitos.

Em 1930, o numero de preventorios era de 76 com a capacidade de 8.000 leitos que hospedaram 13.305 suspeitos durante o anno.

Com a prophylaxia infantil a Italia dispende actualmente 7 milhões de libras.

Em resumo, a efficiencia da campanha anti-tuberculosa na Italia póde ser apreendida pelas seguintes tabellas:

	Anno de 1924	Anno de 1933
Dispensarios.....	147	cerca de 400
Doentes examinados durante o anno..	77.145	183.195
Proporção: 1 dispensario por.....	309.709	1 dispensario por..... 111.700
Leitos para tuberculosos pulmonares e cirurgicos..	7.888	29.337
Preventorios.....	27	cerca de 80
Leitos.....	2.051	8.000



Em 1927 foram hospitalizados 5.816 individuos; em 1930 — 13.305.

Eis o milagre da organização da campanha.

Pelo graphico anexo se vê que, pelo menos para a Capital da Republica, possuímos os nucleos principaes para a organização da campanha. O esforço que vem sendo dispendido pela *Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose* não tem sido de todo vão e só espera

para sua maior efficiencia ver os seus serviços ampliados. O núcleo que ella constitue é excellente pela orientação e pela dedicação de seus membros. Mas o seu esforço é quasi que annullado pela carencia de recursos e pela falta de coordenação com as outras actividades anti-tuberculosas, prophylacticas ou de assistencia existentes no Districto Federal.

Assim, o problema entre nós se resolve semelhante-mente ao caso da Italia, pela *coordenação das actividades anti-tuberculosas sob orientação uniforme e pela cooperação social para a obtenção dos fundos necessarios*.

COORDENAÇÃO DAS ACTIVIDADES ANTI-TUBERCULOSAS

As organizações e instituições que no Districto Federal se dedicam á lucta anti-tuberculosa são principalmente as seguintes:

- Liga Brasileira Contra a Tuberculose.
- Cruzada Nacional Contra a Tuberculose.
- Associação de Soccorros aos Tuberculosos.

Todas essas organizações têm autonomia propria, e seus recursos lhes advêm de donativos particulares, agenciamento de fundos por festas de caridade, kermesses, etc., e por subvenções do poder publico, em sua totalidade muito parcas e nem sempre satisfeitas.

Compreende-se, pois, a precariedade da sua efficiencia.

A Liga Brasileira contra a Tuberculose faz entretanto excepção, pois que já consegue manter serviços de grande efficiencia, entre os quaes avulta o de Vacinação pelo BCG e o do Preventorio D. Amelia. Mas isto é quasi nada para o complemento do seu programma e representa tão somente núcleos que devem ser multiplicados para uma assistencia prophylactica de amplitude social.

A *cooperação de esforços deve ser tornada real entre todas as organizações cujas actividades possam concorrer para a efficiencia da lucta*.

A assistencia infantil, a inspecção medica escolar, tornando effectiva a hygiene da escola e a hygiene do alumno, e particularmente dirigindo sua acção na descoberta dos casos de tuberculose em inicio, na fiscalizaçáo dos horarios escolares e da alimentação dos alumnos, na educação sanitaria, na regulamentação da educação physica e dos esportes, em todos esses aspectos, emfim, que parecem á primeira vista de pormenor desnecessario, mas que em sua totalidade completam os elos da cadeia prophylactica.

A seguinte tabella mostra em «eschema» a coordenação das actividades uteis á lucta contra a tuberculose:

FUNDAÇÃO ANTI-TUBERCULOSA

(Centro organizador e coordenador das actividades anti-tuberculosas. Orgão tecnico administrativo)

	Ambulatorios
	Sanatorios
Descoberta e seleção de casos.....	Hospitales
Dispensarios	Assistencia domiciliar
Tratamento em.....	Colônias de convalescentes
	Preventorios

Centro de Pesquisas.....	Instituto Central de Pesquisas
	Cursos de especializaçáo
	a) para medicos
	b) para enfermeiras (visitadoras)
Cooperação.....	Com as organizações anti-tuberculosas ou de assistencia officiaes ou privadas
	Assistencia á gestante, á mãe, ao infante, ao adolescente.
 Departamento de criança. Hygiene pre e post-natal — Maternidades para tuberculosas.
	Vaccinação pelo BCG.
	Inspeção medica escolar. Cultura physica.
	Regulamentação dos esportes.
	Colônias de férias, etc.
Propaganda e educação sanitarias	Publicidade
	Cursos, conferencias
	Enfermeiras visitadoras

Ora, pela inspecção dessa tabella, se vê que muitos dos serviços necessarios á campanha se acham em pleno funcionamento. Como novas criações deveremos considerar somente o Cenjo de Pesquisas Scientificas, com os seus cursos de especializaçáo. Todos os outros serviços necessitam apenas de serem ampliados e coordenados em sua finalidades para completa efficiencia.

O problema torna-se assim exequivel, dependendo tão somente dos fundos necessarios á ampliaçáo de taes serviços. E no que concerne praticamente ao augmento da despeza necessaria, elle só diz respeito aos serviços actualmente affectos á Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose, empregado, como deve ser, na ampliaçáo de sua actividade pela criaçáo de novos dispensarios.

Enquanto á hospitalizaçáo, duradoura ou breve, sanatorios, hospitaes, preventorios, colônias de férias, etc., o numerario necessario advirá da instituiçáo do seguro obrigatorio, que completará sua finalidade num prazo nunca superior a 10 annos.

O QUE É IMPRESCINDIVEL FAZER

Para iniciar a campanha que julgo de salvaçáo publica é necessario:

1º) — Criar o seguro social contra a tuberculose.

Observação — O seguro social contra a tuberculose pôde ser creado, inicialmente como demonstração de praticabilidade do seguro social contra a doença, a velhice e a invalidez, que consta já da leira da Constituiçáo provisoria.

2º) — Tornar lei a obrigatoriedade de coordenação das actividades anti-tuberculosas.

(Regulamentação especial da Saude Publica).

3º) — Ampliar o ambito de acção da actual Inspectoria de Tuberculose com a criaçáo de novos dispensarios (ao minimo 5) e de todas as providencias a mais urgente.

4º) — Dotar o Districto Federal de leitos para tuberculosos cujo numero as estatisticas de mortalidade indicam orçar por 5.000.

Este numero pôde ser atingido em cerca de 10 annos com o augmento annual de 500 leitos.

Das tres conclusões assim exaradas somente a primeira necessitará de um prazo mais ou menos longo para que fructifique em toda a sua plenitude. As outras tres, entretanto, podem ter applicações immediatas.

E senão vejamos:

2) A obrigatoriedade da coordenação das actividades anti-tuberculosas é materia compativel com a regulamentação sanitaria, sob a dependencia da actual Directoria da Saude Publica, tornada effectiva pelo orgão da Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose.

E para que avaliemos os resultados immediatos dessa coordenação basta que refirmos a possibilidade de em prazo curto dobrarmos o numero actual dos leitos disponiveis, o que concorreria, inicialmente e immediatamente, para a satisfacção do item 4º.

Ora, pelo que acima deixou exposto o nosso precioso collega, Dr. Placido Barbosa, só com a cooperação dos Hospitaes Geral da Santa Casa, Hospital S. João Baptista, Hospital S. Francisco de Assis e o Hospital Paula Candido, poderiam ser hospitalizados mais de 250 tuberculosos sem prejuizo dos serviços peculiares aos mesmos hospitaes. Acresça agora a cooperação devida por todos a instituições de Assistencia Hospitalar, nacionais e estrangeiras, como a Ordem Terceira da Penitencia, a Ordem do Carmo, a Sociedade de Beneficencia Portuguesa, a Sociedade Hespanhola de Beneficencia, os hospitaes e Casas de Saude privados, e veremos que, por minima que fosse a cooperação obtida, seria ella em extremo valiosa.

Archive-se ainda, que as referidas instituições são donas de valiosos patrimonios que se conservam indemnes de todo e qualquer onus com a assistencia aos tuberculosos seus associados, em virtude de disposiçáo sanitaria actual, que prohibe a hospitalizaçáo de tuberculosos nos hospitaes communs.

Bastaria entretanto que essas instituições criassem, já não digo estabelecimentos especiaes, mas tão somente enfermarias exclusivas para tuberculosos por que o problema de assistencia tivesse forte incremento.

E tal medida pôde ser tomada por um simples dispositivo regulamentar da lei de Saude Publica, que quando reconhecesse ser impossivel a criaçáo de taes enfermarias, deveria compellar a que taes instituições concorressem com o numerario necessario ao estabelecimento dos leitos previstos, feito pela organizaçáo sanitaria official.

3º) Ampliar o ambito de acção da actual Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose é funcção precípua do Estado.

Para arrazoar a imperativa necessidade dessa ampliaçáo não poderei encontrar melhor argumento que referir tão somente as verbas adjudicadas no actual serviço.

TRATAMENTO DE HEMORROIDAS: — O Dr. Luiz Souza, especialista em molestias dos intestinos, recto e anus, chefe do ambulatorio de gastro-enterologia da 2ª cadeira de Clinica Medica, dá aos medicos do interior cursos praticos da especialidade. Os interessados devem escrever para esta Redacção.

A lei de despeza para o anno de 1933 adjudica á Saude Publica a quantia de 29.421.927\$000.

Nella acham-se compreendidas as seguintes verbas reservadas ás actividades anti-tuberculosas, incluindo a hospitalizaçáo effectuada actualmente:

Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose:

Pessoal do quadro.....	140.400\$000
Mensalistas.....	359.620\$000
Material.....	318.000\$000

Hospital São Sebastião:

Pessoal.....	482.796\$000
Material.....	1.000.000\$000

Hospital Paula Candido:

Pessoal.....	216.486\$000
Material.....	267.000\$000

2.784.302\$000

Menos de 1/10 da quantia global, cifra em realidade minima, quasi irrisoria, para a magnitude da assistencia devida a uma populaçáo de doentes que orça, sob o mais baixo calculo, em cerca de 25.000 individuos.

Nas considerações acima expostas procurei em ligeiro esboço mostrar a imperativa necessidade de uma assistencia effizaz e, em largos traços, aponte a exequibilidade de sua soluçáo no Districto Federal.

Não constitue ella um plano completo de campanha, pois que, para tanto, seria mister considerar cada actividade prophylactica e de assistencia em seus pormenores, orientando a technica necessaria a sua melhor efficiencia.

Com o presente trabalho só tive, pois, por objecto mostrar as traves que bem articuladas poderão constituir o arcabouço do edificio prophylactico, cuja cupola deverá cobrir toda organizaçáo do Paiz, em cujas capitales já existe embasamento util a ser aproveitado, com as repartições estaduais de saude.

Basta, pois, o toque de reunir para que o Brasil, estou certo, se mobilise para a realizaçáo do supremo anhelado da assistencia annual a cerca de 100.000 brasileiros, numero que representa, sob o menor computo, a populaçáo tuberculosa de suas principaes cidades.

Todos nós temos empregado o soro physiologico nos checados, mas em doses muito baixas. É provavel que tivéssemos salvo muitos desses feridos que morreram com quadro clinico de intoxicaçáo, si tivéssemos dado, graças ao soro hypertonico, a quantidade consideravel de chlreto de sodio necessaria pela extensáo das destruições taxteraes. Por outro lado, si considerarmos os resultados da medicaçáo chloretada em algumas nephrites, principalmente na intoxicaçáo mercurial, aquelles obtidas por Mack no tratamento da pneumonia, os assignalados em algumas intoxicações alimentares ou medicamentosas, chegamos á conclusáo que a hypochloremia tem alcance biologico e pathologico que apenas começamos a conhecer.

Sabemos ainda pouco, mas o sufficiente para mostrar que a chluremia merece ser estudada e que constitue campo de pesquisas dos mais fecundos. (BRASILEIRO E FR. J. Med. Franca, Dez. de 1933).