

NOTAS EPIDEMIOLÓGICAS SÔBRE ALGUMAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO RIO GRANDE DO SUL *

Paulo Maurell Moreira

Professor Catedrático de Higiene.

Meus senhores!

Honrado com a designação da douta Congregação de nossa Faculdade para fazer a preleção inaugural do ano letivo que ora se inicia e não sendo lícito fugir a esta pezada responsabilidade, aqui estamos para cumprir expressa disposição do Regulamento, embora côncio da modéstia de nossas credenciais.

Desde que nos dispusemos a obedecer a ordem recebida, deparamos com um obstáculo que não fácil vencer — a escolha do tema para esta preleção. Não que faltassem assuntos, mas a dificuldade estava em encontrar um motivo de interêsse geral, daí o termos escolhido o tema NOTAS EPIDEMIOLÓGICAS SÔBRE ALGUMAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO RIO GRANDE DO SUL, matéria que interessa tanto ao sanitarista como ao clínico.

As doenças transmissíveis, também conhecidas pelo termo de infecto-contagiosas, constituem problemas sempre atuais, pois, como diz Eugênio Coutinho, “as doenças infectuosas e parasitárias constituem, sem dúvida, o capítulo mais importante e mais utilitário da medicina prática, não só porque representam as espécies mórbidas mais comuns na clínica, como para o reconhecimento das quais não faltam recursos exatos de investigação, mas ainda porque são suscetíveis de fácil propagação, com prejuízo da coletividade, e podem em grande parte ser eficazmente tratadas por meios terapêuticos específicos.” Ressalta-lhes ainda a importância, a aparição brusca de algumas delas, de maior ou menor gravidade, muitas vezes com característicos especiais, chamando a atenção desde logo de médicos e sanitaristas. Vêzes outras são entidades completamente desconhecidas desafiando a ar-

gúcia do epidemiologista e do laboratorista, que só ao cabo de estudos estafantes podem determinar-lhes a extensão e gravidade.

Não bastassem êsses motivos para mostrar a importância do conhecimento da nosologia regional, ainda deveríamos considerar que a luta contra as doenças transmissíveis constitui uma das maiores tarefas das repartições sanitárias. Não a única exclusiva, como antigamente, pois como as recentes aquisições da higiene, da medicina preventiva e da medicina social, inúmeras outras tarefas assoberbam as organizações de saúde pública.

A frase de Miguel Pereira “o Brasil é um vasto hospital”, embora datando de 1916, ainda é uma realidade, não obstante existir quem diga ser recurso de oratória para impressionar as multidões e demagogia fácil para causar sucesso. Mas, como bem acentua Samuel Pessoa, proecto professor de parasitologia da Universidade de São Paulo, à medida que médicos, higienistas, escritores, políticos ocupando cargos administrativos ou não, isto é, a elite responsável pelo país, despertada pela dureza da revelação, começou a abrir um pouco os olhos e examinar com mais cuidado o que se passava entre o povo, concordaram todos que realmente aquêlê cientista tinha falado com conhecimento de causa.

E hoje, 30 anos decorridos do discurso de Miguel Pereira, depois de remodelações de serviços com desdobramento e criação de departamentos e órgãos assistenciais, a saúde dos nossos homens da lavoura, operários e artífices das cidades, crianças das escolas, do povo enfim, será melhor do que naquela época, ou continua o Brasil ainda a ser um vasto hospital?

Parece-me, diz Samuel Pessoa com justiça, que a realidade dolorosa e dura para

(*) Preleção realizada por ocasião da Abertura dos Cursos, em 18 de março de 1946.

todos nós é que, não obstante tudo o que se tem feito, escrito e falado, a favor da saúde do nosso povo, a situação sanitária do país, revelada pelos índices de capacidade vital, de mortalidade, nati-mortalidade e mortalidade infantil, de disseminação das doenças infectuosas e parasitárias, afinal o nosso grau de saúde, não é muito melhor do que na época de Miguel Pereira.

Verifica-se, com efeito, que a hemoglobina do nosso homem rural raramente ultrapassa a 70%; a malária alastra-se ciclicamente em epidemias mortíferas; as úlceras, em determinadas regiões de natureza leishmanióticas e em outras fagedênicas ou tropicais, são males generalizados, as verminoses parecem zombar de tudo o que se tem feito para combatê-las e assim o Necator nas zonas rurais e o Áscaris e o Trichuris nas urbanas não poupam as populações.

Em certas regiões do Brasil a esquistosomose é de tal forma universal, que, de africana e importada, já está sendo conhecida como esquistosomose brasileira. A zona rural de muitos Estados é assolada pela boubia que determina horríveis mutilações e pelo tracoma, causa de enorme percentagem de cegueira entre os habitantes do nosso "hinterland". A tuberculose, mais disseminada nas grandes cidades industriais e do litoral, alcança entre nós índices muitas vezes maiores do que em cidades americanas ou européias, e a lepra, zombando de todo o aparelhamento nosocomial contra ela erigido, derruba anualmente, só em São Paulo, quase um milheiro e meio de novas vítimas.

Vêem os senhores, portanto, a gravidade das doenças transmissíveis no Brasil e, se nos reportarmos unicamente ao nosso meio, verão que aqui ainda gozamos de condições excepcionais, até certo ponto, pois, como veremos mais adiante, a malária, uma das doenças mais generalizadas em vastas áreas de nosso território, a febre amarela que periódicamente aparece em surtos epidêmicos na sua forma silvestre, a esquistosomose tão generalizada como vimos, bem como inúmeras outras doenças, tôdas de certa gravidade, não constituem aqui problemas sa-

nitários de tanta importância dada a sua baixa ou nenhuma incidência no conjunto de nossa população.

Veremos, também, que certas doenças infecto-contagiosas constituem problemas de muito maior importância do que até agora pensávamos, pela falta de dados estatísticos perfeitos. É evidente a necessidade de um maior conhecimento da nosologia local, cooperando dessa maneira com a autoridade sanitária no sentido não só do conhecimento de um maior número de casos, como, também, para permitir sejam imediatamente postas em execução as medidas profiláticas indicadas para cada caso.

Dividiremos o nosso estudo em duas partes: a primeira versará, em linhas gerais, sobre a interpretação da etiologia das doenças transmissíveis em épocas remotas, para chegarmos ao seu verdadeiro sentido bem como a situação da Higiene na atualidade; a segunda, constará de considerações epidemiológicas sobre algumas doenças em nosso meio, baseadas em dados que nos foram permitidos agrupar daqui e dali e que permitem aquilatar da sua verdadeira situação e importância.

I

Os povos que viveram nos albores da humanidade só podiam conceber a doença, principalmente, as epidemias, como algo de sobrenatural, um demônio, que siderava desapiadadamente os homens. Pouco a pouco, o melhor conhecimento da natureza e suas leis, permitiu inferir a origem natural da maioria das doenças.

Quando a humanidade se fez crente e forjou as divindades, acreditou que as epidemias eram a consequência da ira dos deuses, como um castigo divino. No Antigo Testamento a doença era a expressão da cólera dos deuses, que se podia combater, unicamente, por meio da reforma moral, dos sacrifícios, das súplicas. No Panteon grego, o principal deus da medicina era Apolo, deus do sol e da saúde, cujos dardos, curioso contra-senso, engendravam as pestes e as epidemias, que desapareciam quando a divindade julgava necessário.

Com Hipócrates, que viveu na época de ouro de Atenas, homem genial, que edificou a medicina interna sem mais instrumentos que sua inteligência superior e seu penetrantes sentidos, deixou-se de atribuir as epidemias aos deuses. Dizia: "quando muitos homens são atacados de uma mesma doença, na mesma época, devemos pensar que se deve ao que aspiramos. Logo, o ar é maligno porque contém uma secreção da doença. Esta que impregna o ar e tem a capacidade de infectar, é o miasma, hostil à natureza humana."

Contra a concepção mística dos primitivos povos selvagens, que atribuíam as enfermidades a um castigo divino, Hipócrates lhes deu base científica. Diríamos que ele fez baixar do céu à terra as concepções da higiene.

As grandes epidemias de peste, de varíola, etc. que assolaram periodicamente a humanidade na idade média, ensinaram a importância cada vez mais predominante do contágio de homem a homem e dos objetos contaminados.

Frente ao conceito dos miasmas levantava-se imponente a idéia do contágio.

A introdução da sífilis na Europa, no começo do século XVI, ensinou como se propagava a epidemia de homem a homem pelo contágio venéreo. Tal foi a convicção do contágio da sífilis, que Girolamo Fracastoro, sábio veronês, por sua vez médico, físico, geólogo, astrônomo e patólogo, cuja fama como médico ficou consagrada no mais célebre dos poemas médicos: *Syphilis sive morbus Gallicus*, em seu tratado "De Contagione", pela primeira vez compila a teoria do contágio.

O melhor conhecimento que se teve das doenças no século XVIII, a prova de inoculabilidade de homem a homem que se conseguiu em muitas delas (varíola, sarampo, peste, etc.), fizeram com que a teoria do contágio se aplicasse a quase todas as doenças. Como tipo de doença miasmática, subsistiu a malária, por que não se conhecia o mecanismo de sua transmissão.

Verifica-se assim que desde a mais remota antiguidade a humanidade se perguntava qual a origem, qual a causa das doenças. Mas

só o descobrimento do microscópio, no começo do século XVII, permitiu vislumbrar a doutrina do "contagium vivum" que saiu triunfante depois de debater-se durante dois séculos no caos, graças ao cérebro genial daquele que em vida se chamou Luiz Pasteur.

Como por encanto surge, então, a idade de ouro da higiene, no campo tão sábiamente devassado por Pasteur e a legião de investigadores nascida sob o calor de suas doutrinas.

É a era da especificidade em que foram sendo conhecidos os diferentes germes causadores das doenças, permitindo um maior conhecimento das mesmas e a criação de meios eficazes de luta contra elas.

Foi o momento em que se deu o golpe de misericórdia nos miasmas, da época da geração espontânea, que já havia destruído a crença da origem divina das doenças.

Com Pasteur e os que o seguiram, a higiene tomou bases definidas, separando-se definitivamente da medicina curativa. Entra, assim, em sua época moderna, que se prolonga até a primeira conflagração européia, onde, com os adiantamentos científicos resultantes dessa, e o maior conhecimento da importância dos fatores chamados indiretos (salário insuficiente, família numerosa, a ignorância, a imprevisão, etc.), a higiene vive nova era distinta da anterior e que se chama de medicina social. Até agora, a higiene preocupava-se somente do homem doente, para evitar a disseminação do seu mal, seja por meios diretos ou indiretos. A medicina social preocupa-se mais com o homem são, em estudá-lo no seu meio normal ou fisiológico de vida, ou seja, a vida social. Estuda problemas outros de grande importância, como por exemplo: orientação e seleção profissional, reeducação profissional dos mutilados, cegos, surdos e mudos, regime dos subsídios sociais, desporto, etc. A medicina social estuda assim todos os fatores de ordem médica que existem nas questões sociais (René Sand). A medicina social tende a estudar o homem em sociedade, tendo em vista o seu aperfeiçoamento e elevação física e espiritual.

Dessa maneira, muito se tem conseguido com as maravilhosas conquistas da medicina

preventiva e da medicina social. Assinalemos em primeiro lugar a erradicação quase completa da febre amarela, pelo menos na sua forma urbana. As epidemias de varíola são juguladas ou prevenidas em todos os países civilizados, com a vacinação em massa. A difteria começa a perder terreno desde a introdução da anatoxina. A depuração da água, a pasteurização do leite, a vigilância sobre alimentos e manipuladores e as vacinas específicas, fizeram quase por completo desaparecer as infecções tíficas e paratíficas nos países mais adiantados. A tuberculose, descoberta em tempo, desce verticalmente nos países que sabem e podem utilizar as armas mais modernas na luta contra esse terrível flagelo. A malária vai sendo vencida com os diferentes agentes terapêuticos, associados às campanhas anticulicidianas. As doenças carenciais reduzem-se cada vez mais. Enfim, a idade do homem sobe estatisticamente em decênios e não há doença evitável que não sinta em maior ou menor grau o peso das investigações constantes e fecundas.

Entretanto, apesar de todos os recursos disponíveis e as já regulares verbas destinadas à saúde pública no Brasil, muito se tem a fazer para mantermos a posição que conseguimos de líder da América do Sul.

Não podemos permitir que ainda em inúmeras zonas, principalmente nos centros agrícolas, industriais ou pecuários, e até em grandes cidades, seja o trabalho incessantemente perturbado pela presença de endemias locais que podem e devem ser combatidas, para evitar que a doença que deveria ser a exceção ou acidente, seja, ao contrário, a generalidade.

II

Passemos agora à segunda parte de nossa dissertação, que versará sobre a incidência de algumas doenças no Rio Grande do Sul para melhor avaliarmos nossas condições sanitárias e mostrarmos aos senhores, médicos de amanhã, alguns dos problemas que terão de enfrentar, despertando-lhes uma consciência sanitária em prol da melhoria de vida das nossas populações, assoladas por endemias diversas que podem ser debeladas sem que para isso haja a necessidade exclu-

siva de técnicos especializados em saúde pública. Já disse alguém, com muita justeza: "Se até há pouco se distinguia a medicina chamada preventiva da medicina curativa, na atualidade se tende mais e mais a não fazer esta distinção, porque com justiça se pensa que em toda atividade médica, incluindo a cirúrgica, existe sempre algo de trabalho preventivo, quer dizer, higiênico."

FEBRE TIFÓIDE:

Iniciaremos nossas notas epidemiológicas, sobre as doenças do grupo tífico ou tifoses, por serem um dos problemas sanitários de maior importância, visto sua elevada incidência em nosso meio. O problema não é de hoje; há decênios nos debatemos nessa situação, inferiorizados em relação à maioria dos Estados da União e de grande número de cidades do nosso continente. Sempre resignados esperamos providências, que chegam, mas de maneira insuficiente, pois a endemia tífica continua sem demonstrar tendências a uma diminuição.

Já em 1905, Baltazar de Bem, em sua Geografia Médica, chamava a atenção sobre a doença, trazendo interessantes comparações com Buenos Aires e outras cidades, salientando a importância do tratamento da água, e aguardando medidas sanitárias tendentes a reduzir a mortalidade da doença, o que, em parte, atualmente já foi conseguido.

Comparando os dados de cidades americanas e brasileiras, melhor poderemos compreender a importância da doença em nosso meio: as estatísticas de mortalidade, relativas à cerca de 80 das grandes cidades americanas, apontavam em 1910, um coeficiente de mortalidade um pouco superior a 20 por 100 000 habitantes, mas que 20 anos mais tarde, ficava por volta de 1.5 e, mais recentemente, em 1941, orçava apenas em 0.33. Em 1942, em 93 cidades com mais de 38 milhões de habitantes, no total, houve apenas 95 óbitos por febre tifóide.

Os dados disponíveis para o Brasil, englobando as febre paratífóides, são igualmente impressionantes, mas no sentido oposto. No decênio 1932 a 1941, as capitais brasileiras podem, segundo Barros Barreto,

COEFICIÊNTES DE MORTALIDADE POR 100.000 Hbs. PELA FEBRE TIFOIDE EM PORTO ALEGRE

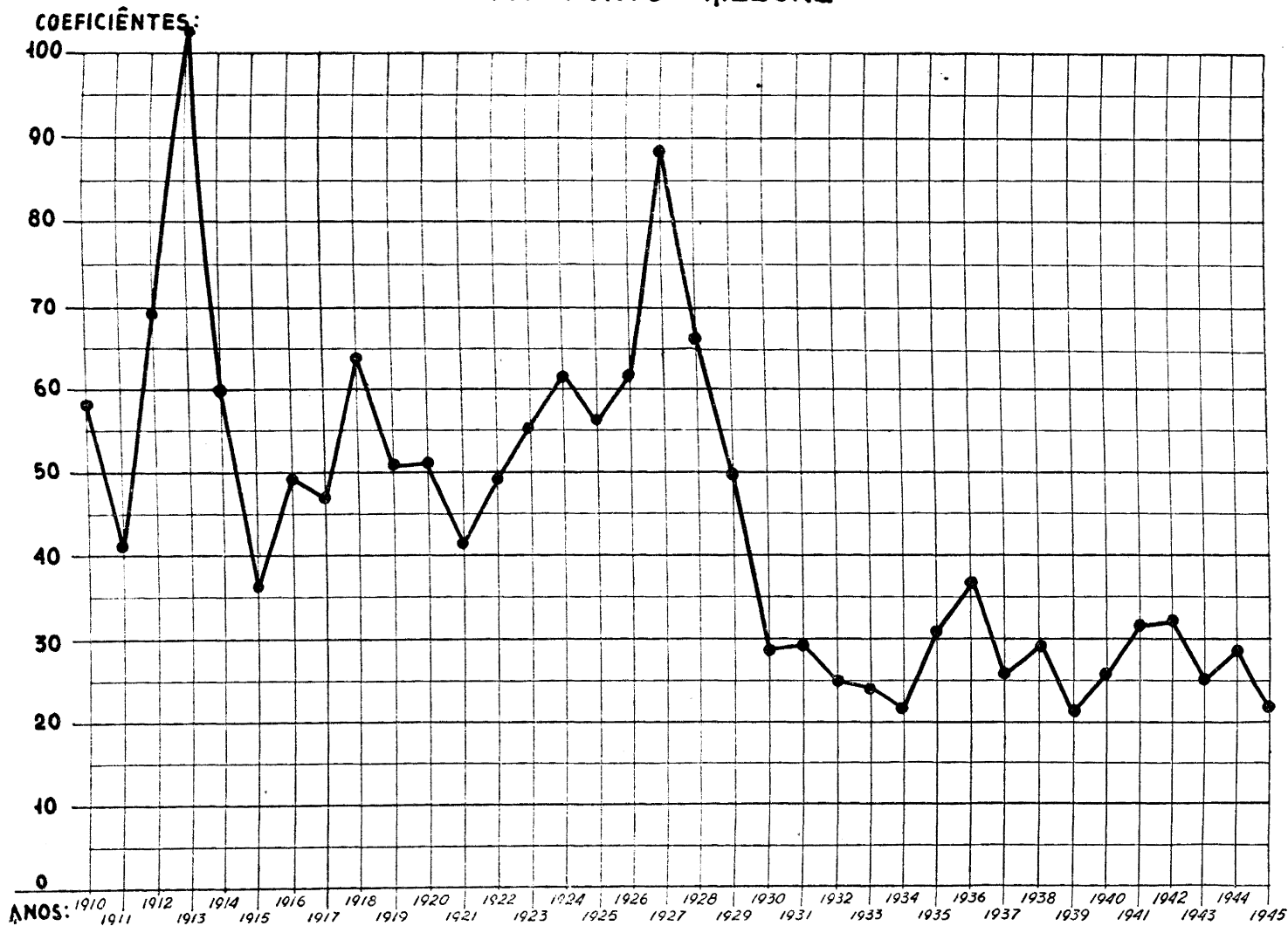


Gráfico n.º 1

dividir-se em 5 grupos, consoante a situação em mais de 2/3 do período em aprêço.

No primeiro grupo, com coeficientes abaixo de 10, estão: Niterói, São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador.

O segundo grupo, compreende: Belo Horizonte, São Luiz, Recife, com os coeficientes entre 10 e 25; Manaus, com êles entre 10 e 30 e Guaiabá, com 10 e 40.

Num terceiro grupo, com coeficientes acima de 15 em mais de 2/3 do período, englobam-se: Belém, Maceió e Fortaleza.

O quarto grupo, com coeficientes acima de 20 em 7 ou mais anos do período, abrange: João Pessoa, Natal, Vitória e Aracaju.

No quinto grupo, estão: Pôrto Alegre e Florianópolis, nas quais os coeficientes foram superiores a 25 em sete (7) dos 10 anos.

Sendo a febre tifóide o melhor índice para medir o grau de adiantamento sanitário de uma localidade, vemos, pelo que foi dito acima, nossa flagrante inferioridade em condições gerais de saneamento.

Quanto à situação da doença em Pôrto Alegre, depreende-se do Quadro n.º 1, apresentando os coeficientes de mortalidade por 100 mil habitantes, no período de 1910 a 1945, que neste largo período êles nunca baixaram de 20, encontrando-se alguns números elevados, a atestarem surtos epidêmicos da doença, como acontece em 1913 em que atinge a 107.7 e em 1927 atingindo 88.0. Observamos ainda que depois de 1928, quando foi iniciado o tratamento completo da água (filtração rápida e cloração) houve queda apreciável nos coeficientes, pois até então êles estavam em média na casa dos 50, baixando, para oscilar entre 21.7 e 36.0 em 1936. É o conhecido fenómeno de Mills-Reinke, mostrando que uma única medida pode poupar milhares de vidas, como ocorreu entre nós, vidas preciosas, pois a doença atinge os grupos de idade de maior valor econômico para a coletividade, atacando de preferência a mocidade e os indivíduos adultos jovens.

Observamos, ainda, que a partir de 1935, a doença sofreu novo incremento em nosso meio, apesar de um maior número de medidas sanitárias, talvez em virtude do hábito que se generaliza de fazer "week-ends",

QUADRO: I

ÓBITOS POR FEBRE TIFÓIDE E COEFICIENTE POR 100 000 HABITANTES E POR 1 000 ÓBITOS GERAIS, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE

ANOS: 1910 — 1945

Anos	População da Cidade	Óbitos Gerais	Óbitos por Febre-Tifóide	Coeficientes por 100 000	Coeficientes por 1 000 Óbitos Gerais
1910	106 485	2 702	63	59,1	23,3
1911	111 195	3 488	45	40,4	12,9
1912	115 905	3 821	81	69,8	21,1
1913	120 615	3 689	130	107,7	35,2
1914	125 320	3 310	75	59,8	22,6
1915	130 030	3 311	49	37,6	14,7
1916	134 740	3 305	67	49,7	20,2
1917	139 450	3 845	66	47,3	17,1
1918	144 160	5 087	93	64,5	18,2
1919	148 870	3 091	75	50,3	24,2
1920	153 586	3 864	78	50,7	20,1
1921	159 060	3 515	66	41,4	18,7
1922	164 530	3 580	80	48,6	22,3
1923	170 000	4 124	97	57,0	23,5
1924	175 470	4 269	109	62,1	25,5
1925	180 940	4 080	103	56,9	25,2
1926	186 410	4 250	116	62,2	27,2
1927	191 880	4 501	169	88,0	37,3
1928	197 350	4 252	133	67,3	31,2
1929	202 820	4 843	100	49,3	20,6
1930	208 290	4 259	60	28,8	14,0
1931	213 760	4 586	64	29,9	13,9
1932	219 230	4 572	55	25,0	12,0
1933	224 700	4 174	54	24,0	12,9
1934	230 170	4 223	51	22,1	12,0
1935	235 640	4 757	71	30,1	14,9
1936	241 110	4 834	87	36,0	17,9
1937	246 580	5 236	62	25,1	11,8
1938	252 050	5 190	75	29,7	14,4
1939	257 520	5 413	56	21,7	10,3
1940	263 000	5 109	67	25,4	13,1
1941	268 470	5 626	88	32,7	15,6
1942	273 940	5 689	90	32,8	15,8
1943	279 410	5 655	70	25,1	12,3
1944	284 880	5 213	78	27,3	14,9
1945	290 350	5 461	66	22,7	12,0

durante os quais grandes partes da população deixando suas comodidades transporta-se ao campo ou às praias, onde as condições de saneamento muito deixam a desejar, fazendo-se mais fácil o contágio da doença.

Em nosso meio é a doença endêmica por excelência, pois os casos e óbitos distri-

buem-se regularmente pelos diferentes meses, com um aumento nos meses mais quentes.

Quanto aos demais municípios do Estado, verificámos no triênio 1941-1943, que só em 11 deles não se constatarem óbitos pela doença, estando porém ela quase sempre

presente com um número pequeno de casos, são eles: Arroio do Meio, Erval, Iraí, Piratini, Santa Vitória, São José do Norte, São Vicente, Tôres, Triunfo e Viamão. Nos de mais 76 municípios, a febre tifóide ocasionou um determinado número de óbitos, como podemos observar no Quadro 2,

QUADRO II :

O PROBLEMA DA FEBRE TIFÓIDE NO RIO GRANDE DO SUL

MUNICÍPIOS:	Óbitos ocorridos			Casos conhecidos		
	1941	1942	1943	1941	1942	1943
1 — Alegrete	10	2	15	5	10	9
2 — Alfredo Chaves	1	3	1	—	—	—
3 — Antônio Prado	3	1	5	—	—	—
4 — Arroio Grande	1	1	0	—	—	3
5 — Arroio do Meio	0	0	0	28	2	13
6 — Bagé	18	29	24	12	106	43
7 — Bento Gonçalves	9	8	7	11	5	33
8 — Bom Jesus	2	0	1	—	0	0
9 — Caçapava	4	7	1	—	0	5
10 — Cachoeira do Sul	15	13	14	42	20	20
11 — Cai	1	2	2	15	16	14
12 — Camaquã	6	0	3	1	2	0
13 — Candelária	4	1	1	—	—	—
14 — Cangussú	2	11	3	0	8	26
15 — Canoas	3	2	0	—	—	6
16 — Carazinho	10	5	7	18	9	8
17 — Caxias do Sul	2	5	12	17	12	19
18 — Cruz Alta do Sul	15	9	12	21	6	10
19 — D. Pedrito	8	12	22	9	24	28
20 — Encantado	5	5	1	—	—	—
21 — Encruzilhada do Sul	4	3	2	2	7	4
22 — Erval	0	0	0	0	1	1
23 — Estrêla	2	2	10	17	34	13
24 — Farroupilha	1	2	0	—	—	—
25 — Flores da Cunha	1	1	6	—	—	—
26 — Garibaldi	7	5	3	10	42	8
27 — Gal. Câmara	—	1	0	—	—	—
28 — Getúlio Vargas	0	3	1	—	8	25
29 — Gravataí	1	2	3	15	0	1
30 — Guafra	2	1	4	0	8	4
31 — Guaporé	—	—	—	—	—	—
32 — Ijuí	4	1	2	10	19	15
33 — Iraí	0	0	0	0	1	0
34 — Itaqui	1	2	1	4	3	0
35 — Jaguarão	11	4	3	27	9	13
36 — Jaguarí	0	1	1	—	—	—
37 — José Bonifácio	10	9	12	5	10	1
38 — Júlio de Castilhos	1	1	1	0	1	0
39 — Lajeado	4	9	6	—	—	—
40 — Lagoa Vermelha	3	4	14	0	1	17
41 — Lavras	0	5	0	4	13	1

QUADRO N.º 2 :

MUNICÍPIOS:	Óbitos ocorridos			Casos conhecidos		
	1941	1942	1943	1941	1942	1943
42 — Livramento	10	14	16	4	7	16
43 — Montenegro	8	3	6	9	11	15
44 — Novo Hamburgo	4	9	8	6	31	25
45 — Osório	0	1	3	0	3	2
46 — Palmeira	7	14	13	—	1	2
47 — Passo Fundo	8	8	4	3	2	1
48 — Pelotas	10	11	15	18	56	56
49 — Pinheiro Machado	1	3	5	—	0	14
50 — Porto Alegre	97	91	74	356	372	281
51 — Piratini	0	0	0	—	1	0
52 — Prata	1	4	1	0	1	4
53 — Quaraí	7	8	10	45	28	17
54 — Rio Grande	4	4	11	6	17	22
55 — Rio Pardo	0	1	4	0	1	4
56 — Rosário do Sul	3	7	5	—	7	3
57 — Santa Cruz do Sul	7	7	12	3	52	110
58 — Santa Maria	17	15	24	54	72	47
59 — Santa Rosa	12	9	9	7	5	25
60 — Santa Vitória	0	0	0	1	1	3
61 — Santiago	20	18	14	135	226	114
62 — Santo Ângelo	10	17	18	6	6	1
63 — Santo Antônio	1	2	3	0	3	0
64 — São Borja	7	3	1	10	5	2
65 — São Fc." de Ass's	1	0	0	3	1	1
66 — São Fc." de Paula	0	1	0	0	4	4
67 — São Gabriel	5	10	21	11	7	39
68 — São Jerônimo	14	11	4	13	4	4
69 — São José do Norte	0	0	0	—	—	—
70 — São Leopoldo	6	10	14	5	15	15
71 — São Lourenço	0	2	2	0	9	10
72 — São Luiz Gonzaga	5	4	5	22	4	7
73 — São Pedro	0	0	0	—	—	—
74 — São Sepé	2	2	0	0	1	0
75 — São Vicente	0	0	0	—	—	—
76 — Sarandi	8	2	3	—	—	—
77 — Sobradinho	10	5	1	—	—	—
78 — Soledade	2	1	9	5	7	11
79 — Tapes	0	0	1	—	6	15
80 — Taquara	2	4	8	8	9	18
81 — Taquari	1	3	2	—	—	—
82 — Tôrres	0	0	0	0	0	0
83 — Triunfo	0	0	0	—	—	—
84 — Tupanciretã	1	0	0	0	2	6
85 — Uruguaiana	12	13	17	34	32	40
86 — Vacaria	0	1	1	—	0	2
87 — Venâncio Aires	0	1	1	—	0	2
88 — Viamão	0	0	0	0	0	0

sendo que em alguns como Santa Maria, Santiago, Santo Ângelo e Uruguaiana, os coeficientes são muito elevados, acima de 30.

Outro fato não poderíamos esperar, pois

apenas 26% das cidades, sedes de municípios, são abastecidas de água potável canalizada e 17% são esgotadas por redes de canalizações cloacais, incompletas.

Dessa maneira, a endemia tífica no Estado tende a aumentar, assertiva esta que é comprovada pelo número de óbitos em ascensão.

1 940	1 941	1 942	1 943
423	469	492	551

Aquilo que não se tem gasto em obras sanitárias, água tratada, esgotos cloacais, luta contra moscas, etc. se perde muitas vezes em vidas, despesas de assistência e horas de trabalho.

A campanha a empreender contra a doença é árdua. Sanitaristas, de um lado o médico, do outro o engenheiro, têm os seus encargos. Estes encargos, porém, entrelaçam-se de tal modo, em muitos dos problemas a atender, que a bem dizer é melhor pedir aos dois técnicos um trabalho em conjunto, que lhes querer delimitar muito rigidamente as funções. Desta perfeita cooperação do epidemiologista e do engenheiro sanitário, da articulação dos seus esforços, dentro de um programa bem estabelecido, e de antemão estudado nos detalhes, é que resultará o sucesso que se almeja, e que se pode, de fato, conseguir.

DISENTERIAS:

As disenterias, entidades clínicas produzidas por agentes diversos, constituem males generalizados em nosso meio.

A incidência verdadeira dessas doenças não é exatamente conhecida, porque os coeficientes de mortalidade não exprimem a verdadeira situação dessas endemias, pois não só não podemos, com os dados encontrados, especificar a natureza das mesmas, como também um grande número de casos são rotulados como outras entidades mórbidas. Há já vista os óbitos em crianças menores de 2 anos, rotulados como diarreia e gastro-enterite, nos quais se praticássemos exames laboratoriais constataríamos com grande frequência a origem shigelósica das mesmas.

Não é outra a orientação da American Public Health Association e das autoridades do Ministério da Saúde da Inglaterra,

que mandam se notifiquem ou se rotulem os casos de diarreias e gastro-enterites, nas crianças, como de disenterias bacilares.

A frequência das disenterias, quer produzidas por shigelas quer pelas Entamoeba histolítica, que parecia maior nas regiões tropicais e nas que lhes ficam próximas, é acentuada em todos os climas, até no círculo Ártico.

A frequência das shigeloses em países da zona temperada, é bem maior do que primeiramente se imaginou. Isto, em grande parte, pelo aprimoramento dos meios de diagnóstico bacteriológico, a estabelecerem a natureza bacilar de manifestações mórbidas, que se não dariam disenterias ao simples exame clínico. Assim, por exemplo, nos Estados Unidos, ao contrário da febre tifóide, a incidência das disenterias não se tem visto reduzir. Na Europa, a mesma tendência ao aumento tem sido assinalada, sendo na Inglaterra bem nítido a partir de 1935.

Quanto à disenteria amebiana, vai aumentando gradativamente a sua frequência, sobretudo, onde são más as condições de saneamento. Nos trópicos, porém, no sentir de Craig, a amebíase se acompanha de síndrome disentérica, mais frequentemente que nas outras regiões.

Nos Estados Unidos, Faust calcula que 20% da população está atingida pela Entamoeba histolítica ou por seus cistos. Beltran, em certas regiões do México, aponta a presença do parasito em 40% da população.

No Brasil, entre soldados, Young encontrou mais de 27% de positivities e Dácio Amaral, em São Paulo, recentemente, denunciou o índice de 39%.

Em nosso Estado é relativamente alta a mortalidade pelas disenterias, em a quase totalidade dos municípios, onde são encontrados, às vezes, pequenos surtos epidêmicos da doença. Em Porto Alegre, os coeficientes de mortalidade pelas disenterias em todas as suas formas, tem oscilado, como podemos verificar no gráfico n.º 2, atingindo no ano de 1937 a 54.7. Ainda em Porto

Alegre, como podemos verificar nos arquivos do laboratório bacteriológico do Departamento Estadual de Saúde, predominam, na disenteria bacilar, as shigelas paradiisenteriae (grupo Flexner) numa proporção de 90%, sendo nas demais encontradas a shigela disenteriae e a shigela schmitz.

QUADRO N.º 3 :

ÓBITOS POR DISENTERIAS, TÔDAS AS FORMAS, E COEFICIENTES PARA 100 000 HABITANTES E POR 1 000 ÓBITOS GERAIS, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE

ANOS: 1910 — 1945

Anos	População da Cidade	Óbitos Gerais	Óbitos por Disenterias	Coeficientes por 100 000	Coeficientes por 1 000 Óbitos Gerais
1910	106 485	2 702	46	43,1	17,0
1911	111 195	3 488	62	55,7	17,7
1912	115 905	3 821	115	99,2	30,0
1913	120 615	3 689	123	101,1	33,3
1914	125 320	3 310	86	68,6	10,8
1915	130 030	3 311	64	49,2	19,3
1916	134 740	3 305	40	30,4	12,1
1917	139 450	3 845	38	27,2	9,7
1918	144 160	5 087	32	22,1	6,2
1919	148 870	3 091	25	16,7	8,0
1920	153 586	3 864	30	19,5	7,7
1921	159 060	3 515	11	6,9	3,1
1922	164 530	3 580	19	11,5	5,3
1923	170 000	4 124	15	8,8	3,6
1924	175 470	4 269	24	13,6	5,6
1925	180 940	4 080	49	27,0	12,0
1926	186 410	4 250	39	20,9	9,1
1927	191 880	4 501	40	20,8	8,8
1928	197 350	4 252	39	14,2	9,1
1929	202 820	4 843	29	14,2	5,9
1930	208 290	4 259	20	9,6	4,6
1931	213 760	4 586	40	18,6	8,7
1932	219 230	4 572	43	19,6	9,4
1933	224 700	4 174	61	27,1	14,6
1934	230 170	4 223	63	27,3	14,9
1935	235 640	4 757	64	27,1	13,0
1936	241 110	4 834	98	40,6	20,2
1937	246 580	5 236	135	54,7	25,7
1938	252 050	5 190	107	42,4	20,6
1939	257 520	5 413	93	36,1	17,1
1940	263 000	5 109	48	18,2	9,3
1941	268 470	5 626	55	20,4	9,7
1942	273 940	5 689	33	12,0	5,8
1943	279 410	5 655	32	11,4	5,6
1944	284 880	5 213	38	13,3	7,2
1945	290 350	5 461	69	23,7	12,6

SARAMPO:

É o sarampo a mais comum das doenças infectuosas, dada a sua fácil transmissibilidade, talvez por nenhuma outra ultrapassada. Mau grado às causas de erro, que não são poucas, o método dos inquéritos em amostras de população, evidencia, melhormente, que, pelas notificações, há grande difusão do sarampo. Até os 16 anos, cerca de 94% dos inqueridos acusam a doença, conforme demonstram os trabalhos norte-americanos, ingleses e canadenses. Em Niterói, Doull, Ferreira e Parreiras, num inquérito realizado, constataram-na nos antecedentes do 90% das pessoas de menos de 20 anos.

É uma doença de incidência marcadamente maior nas primeiras idades, apesar de poder atacar indivíduos de qualquer idade, conservando-se êsse característico de doença infantil porque os adultos, em sua quase totalidade, já estão imunizados por um ataque anterior.

O nosso Estado, aliás como os demais da União, neste particular, mostra-se em situação de inferioridade comparado a maior parte dos países civilizados. Nestes, de fato, aponta-se diminuição sensível da mortalidade pelo sarampo, explicável pelo reconhecimento do perigo da infecção no período pré-escolar, com as precauções conseqüentes para evitar o contágio; efeito, também, da prática, cada vez mais difundida, da sôro-profilaxia e do emprêgo de terapêutica eficiente; decorrente ainda da extensão, cada vez maior, das medidas de proteção à infância, tornando-a mais forte e mais resistente.

Com relação ao nosso meio, não fugimos à regra geral: quase todo indivíduo acusa em seu passado a doença, como nós mesmos podemos comprovar no período de quase cinco (5) anos em que trabalhamos na Junta Médica de Inspecções de Saúde dos Funcionários Cíveis da União. Entretanto, as estatísticas demonstram que as notificações da doença são mínimas, fato aliás observado em todo mundo, pois mesmo nas cidades americanas, com serviços perfeitos de higiene, Boyd afirma que só 50% dos casos

COEFICIÊNTES DE MORTALIDADE POR 100.000 Hbs. PELAS DISENTERIAS EM PORTO ALEGRE

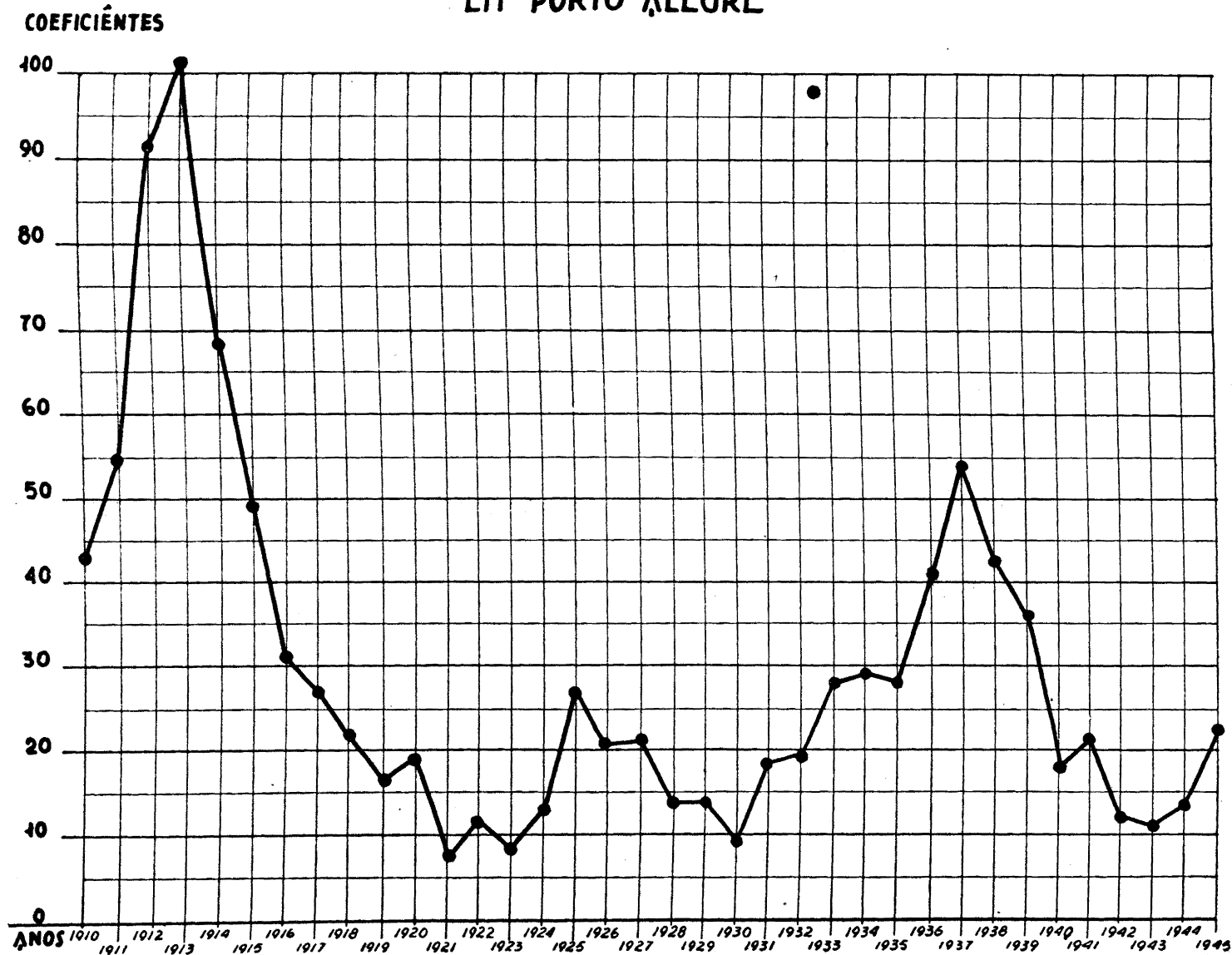


Gráfico n.º 2

são conhecidos e isto mesmo em condições muito favoráveis.

Quanto à mortalidade em nosso meio, os coeficientes são muito irregulares, não demonstrando exatamente a situação, visto grande número de óbitos serem rotulados como outras doenças, principalmente bron-

QUADRO N.º 4:

ÓBITOS POR SARAMPO E COEFICIENTE PARA 100 000 HABITANTES E POR 1 000 ÓBITOS GERAIS, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE

ANOS: 1910 — 1945

Anos	População da Cidade	Óbitos Gerais	Óbitos por Sarampo	Coeficientes por 100 000	Coeficientes por 1 000 Óbitos Gerais
1910	106 485	2 702	2	1,8	0,7
1911	111 195	3 488	19	17,0	5,4
1912	115 905	3 821	8	6,9	2,0
1913	120 615	3 689	2	1,6	0,5
1914	125 320	3 310	18	14,0	5,4
1915	130 030	3 311	6	4,5	1,8
1916	134 740	3 305	4	2,9	1,2
1917	139 450	3 845	16	11,0	4,1
1918	144 160	5 087	1	0,6	0,1
1919	148 870	3 091	1	0,6	0,3
1920	153 586	3 864	11	7,1	2,7
1921	159 060	3 515	0	0	0
1922	164 530	3 580	13	7,8	3,6
1923	170 000	4 124	3	1,7	0,7
1924	175 470	4 269	28	15,0	6,5
1925	180 940	4 080	3	1,6	0,7
1926	186 410	4 250	4	2,1	0,9
1927	191 880	4 501	29	15,0	6,4
1928	197 350	4 252	3	1,5	0,7
1929	202 820	4 843	1	0,4	0,2
1930	208 290	4 259	2	0,9	0,4
1931	213 760	4 586	67	31,0	14,6
1932	219 230	4 572	36	16,0	7,8
1933	224 700	4 174	24	10,6	5,7
1934	230 170	4 223	5	2,1	1,1
1935	235 640	4 757	32	13,0	6,7
1936	241 110	4 834	21	8,7	4,3
1937	246 580	5 236	56	22,0	10,6
1938	252 050	5 190	23	9,1	4,4
1939	257 520	5 413	42	16,0	7,7
1940	263 000	5 109	7	2,6	1,3
1941	268 470	5 616	13	4,4	2,3
1942	273 940	5 689	33	12,0	5,8
1943	279 410	5 655	23	8,2	4,0
1944	284 880	5 213	7	2,4	1,3
1945	290 350	5 461	30	10,3	5,4

co-pneumonia, a complicação mais frequente do sarampo. Observando-se os dados de mortalidade, verificamos períodos de ascensão da curva, sendo que no último decênio tivemos 4 coeficientes maiores de 10.

Quanto aos demais municípios do Estado, a doença apresenta-se da mesma forma endêmica com surtos epidêmicos de pouca extensão.

VARÍOLA:

É talvez a varíola uma das doenças mais remotamente conhecidas em nosso meio, pois nos albores da colonização os índios, primitivos senhores de nosso solo, já lhe pagavam pesado tributo em vidas. É o que se depreende de uma memória publicada em 1 687 pelo dr. Francisco Xarque, sobre a vida do célebre jesuíta Francisco Dias Teñó.

Desde essa época, portanto, a varíola vem ceifando numerosas vidas em nosso Estado, ou então deixando a marca indelével de sua sinistra passagem.

Desde 1939, com as medidas tomadas quando da reorganização dos Serviços de Saúde Pública, nossa capital ficou praticamente livre da doença até fins de 1944.

Observando-se o obituario de nossa capital de 1910 a 1945, vemos que a doença ocasionou em 1917, 111 óbitos equivalendo a um coeficiente de 79,6. Depois dessa época a mortalidade reduziu-se bastante, explicável pelo predomínio, cada vez mais nítido, de um tipo mais brando de infecção.

A incidência sob forma epidêmica da doença, está condicionada, mais que qualquer outro fator, a um número de pessoas suscetíveis existentes em uma comunidade, por falta de proteção assegurada pela vacinação.

Para os não imunizados, pela doença ou pela vacina, a receptividade é universal, quaisquer que sejam as condições raciais, econômicas e sociais.

Dessa maneira, por um descuido lamentável, viu-se o Estado, em 1945, a braços com um surto epidêmico da doença, sendo conhecidos 567 casos, sendo os municípios

COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR 100.000 Hbs. PELO SARAMPO EM PORTO ALEGRE

COEFICIENTES :

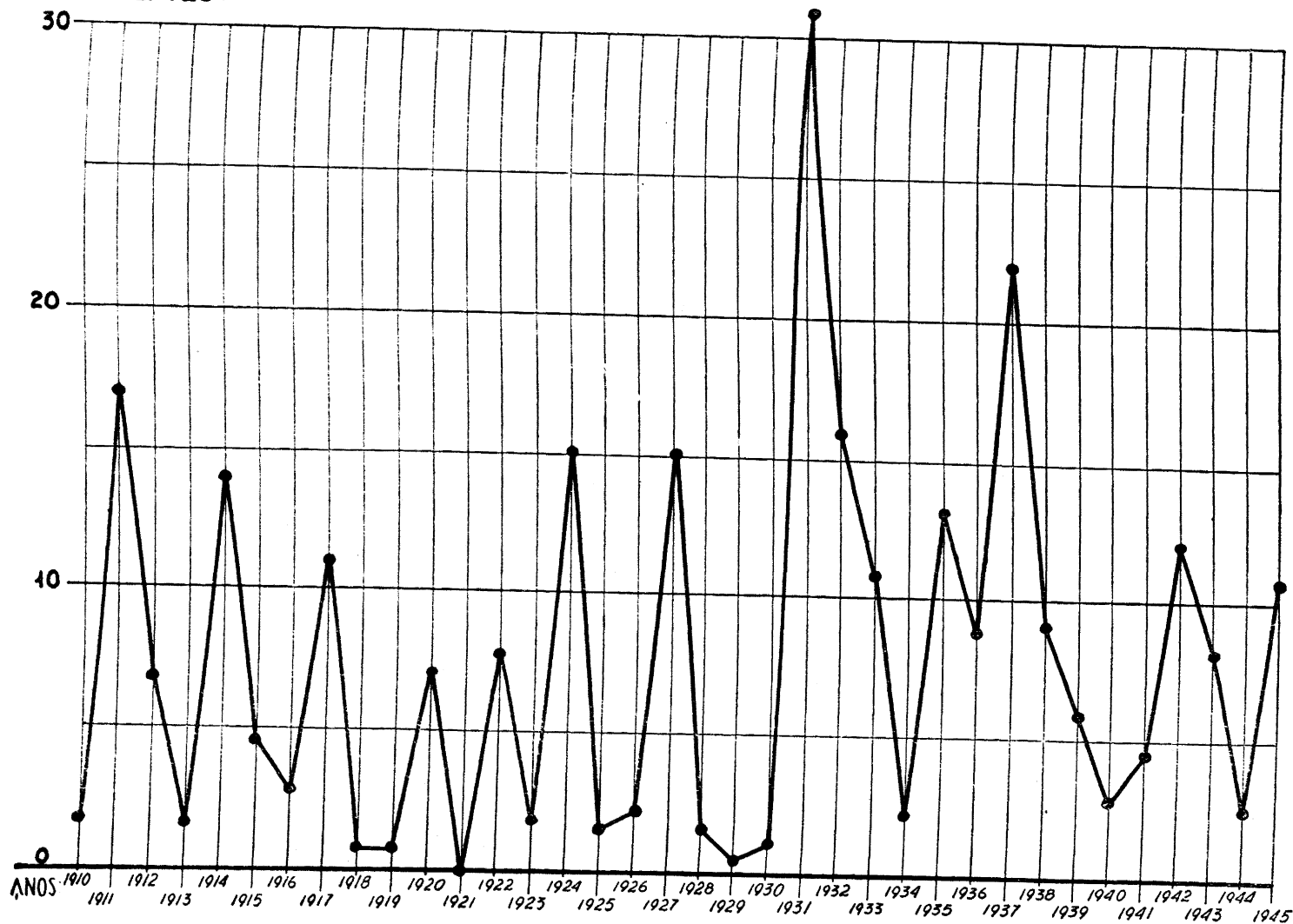


Gráfico n.º 3

mais assolados: RIO GRANDE, 191; PÔRTO ALEGRE, 116; e URUGUAIA-NA, 39.

VARIOLA NO ESTADO

No quinquênio 1941 - 1945:

- 1941: Houve em Quaraí um pequeno surto epidêmico da doença. Em Pôrto Alegre, houve um caso em dezembro. Mais alguns casos verificaram-se em Bento Gonçalves, Santiago, Santa Maria, Erval, Soledade, S. Francisco de Paula, S. Francisco de Assis, Ijuí e C. Alta.
- 1942: Foram confirmados apenas 8 casos: Erval, 2; G. Vargas, Gravataí, Novo Hamburgo, S. Cruz, Santiago e S. Sepé, 1 caso em cada município.
- 1943: Foram conhecidos 38 casos, assim distribuídos: S. Leopoldo, 23; Caí, 5; N. Hamburgo, 4; S. Maria, 4; R. Pardo, 1; S. Antônio, 1.
- 1944: 48 casos ao todo: B. Gonçalves, 4; Canoas, 1; Carazinho, 6; Caxias, 7; Erechim, 2; Monte Negro, 7; Novo Hamburgo, 1; Palmeira, 4; Rio Grande, 1; Santa Rosa, 6; S. Francisco de Paula, 5; S. Leopoldo, 2; Taquara, 2.
- 1945: (ver quadro anexo).

Em sua maioria foram casos de alastrim, que determinaram em Pôrto Alegre 3 óbitos.

Sendo a varíola a doença transmissível que melhor exemplifica o alto valor das práticas imunizantes, por técnica de enorme simplicidade, não se justifica em um país que diz civilizado o aparecimento de surtos epidêmicos da doença.

POLIOMIELITE

A doença de Heine-Medin apresenta-se no mundo moderno como um dos mais graves problemas que ainda desafiam a argúcia dos higienistas.

A despeito dos esforços empregados no mundo inteiro para desvendar e encadea-

mento dos seus fatores epidemiológicos, muitos pontos permanecem ainda obscuros, não sendo possível, por isso, o emprêgo de medidas profiláticas capazes de resolver o problema higiênico de um modo completo.

A doença existe no Estado há muitos anos, não tendo sido possível, entretanto, marcar a data exata de sua penetração. Manifesta-se sob caráter esporádico, e, de quando em quando, sob a forma de pequenas epidemias.

Ela se apresenta aqui, com em tôda parte, com um característico epidemiológico que a aproxima da meningite cérebro-espinhal epidêmica: o número de casos na população, mesmo levando em conta as formas atípicas, é relativamente pequeno.

Outra característica da paralisia infantil é a sua prevalência sazonal. A doença manifesta-se sob forma epidêmica durante o verão, assemelhando-se, por êsse aspecto, às doenças infecciosas do aparelho digestivo, em oposição às infecções do aparelho respiratório, quase sempre de maior prevalência durante o inverno.

No quinquênio 1938-1942, ocorreram no Estado 34 óbitos pela doença distribuídos em 16 municípios: Canoas, D. Pedrito, Getúlio Vargas, Guaporé, Lagoa Vermelha, Livramento, Monte Negro, Pelotas, Pôrto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz, S. Borja, S. Luiz, Sobradinho, Soledade e Tapes.

No período de 1941 a 1944, foram confirmados no Estado 141 casos da doença.

Nestes últimos anos, devemos ressaltar o surto epidêmico da doença em Quaraí, em 1943, no qual foram confirmados 34 casos da doença e o surto ocorrido na entrada do presente verão em Pôrto Alegre, sendo já confirmados até 15 de maio 48 casos da doença, assim distribuídos: 4 em novembro, 8 em dezembro, 21 em janeiro, 10 em fevereiro e 5 em março, distribuição feita de acôrdo com o aparecimento dos primeiros sintomas. Tendo se verificado até agora 10 óbitos, ou seja uma letalidade de 20.8%, levando-se em conta apenas os casos conhecidos.

A doença, grave pelos efeitos causados nos organismos tocados pelo mal, vai a pouco e pouco constituindo um problema sani-

CASOS DE VARÍOLA

1945

QUADRO N.º 5 :

MUNICÍPIOS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
1 — Pôrto Alegre	2	3				1	14	43	32	12	5	4	116
2 — Canoas	1				1	3				2			7
3 — Taquari	1	1											2
4 — Caxias do Sul ...		2	3	2	1								8
5 — Garibaldi		4	2	3		1	3	11		2			26
6 — Bento Gonçalves .			2			1		2	1	1	1		8
7 — São Fco. de Paula			1			3	3						7
8 — Lajeado				1				2					3
9 — S. V. do Palmar .				7		11	3	7	3	6	1		38
10 — Rio Grande					3	11	82	66	7	14	3	5	191
11 — São Leopoldo					1			3	1	4	3		12
12 — Gravataí					3								3
13 — Triunfo					7								7
14 — Osório					1			1	1				3
15 — Soledade					1			1					2
16 — Palmeira					1								1
17 — Erechim					1								1
18 — D. Pedrito					6								6
19 — Uruguaiana					3	18	5	5	6	2			39
20 — Montenegro						4		5					9
21 — Santo Antônio ...						2	1						3
22 — Viamão						1							1
23 — Tapes							1		1				2
24 — Erval							1						1
25 — Jaguarão							24	6					30
26 — Livramento							1	1	2			1	5
27 — Santo Ângelo							1	1					2
28 — Passo Fundo								2			1	1	4
29 — São Lourenço ...								1	1				2
30 — Pelotas								1	6				7
31 — Cachoeira do Sul .								1	1				1
32 — Júlio de Castilhos.								1	1				1
33 — São Jerônimo ...								1	1		1		2
34 — Itaqui									4		1		5
35 — Nova Trento										1			1
36 — Venâncio Aires ..							2						2
37 — Novo Hamburgo ..								1					1
38 — Alegrete										1		1	2
39 — Tôrres											1		1
40 — Bagé												3	3
41 — São S. do Caf ..												2	2
TOTAL NO MÊS:	3	10	8	13	29	56	141	159	68	45	17	17	566

tário de maior importância, pois de casos esporádicos a princípio, num período de apenas 2 anos e $\frac{1}{2}$, dois surtos epidêmicos

já foram verificados, mostrando o maior alastramento do mal que alguns autores situam entre as doenças chamadas irreprimíveis.

TRACOMA:

Paga o Rio Grande do Sul pesado tributo ao tracoma, doença de evolução insidiosa e que, não raro, conduz à sequeira.

No decorrer do quinquênio 1941 - 1945, foram notificados ao Departamento Estadual de Saúde numerosos casos (cêrca de 1 000 por ano) que não representam, nem remotamente, a realidade dos fatos, pois embora tratando-se de uma doença de notificação compulsória, a grande maioria dos casos verificados, por motivos vários, não são comunicados às autoridades sanitárias.

No segundo semestre de 1945, técnicos especializados do Departamento Estadual de Saúde realizaram, em 3 zonas do Estado, inquéritos sistemáticos sobre a incidência do tracoma no meio escolar que, por conter amostras de tôdas as classes sociais, melhor índice proporcionaria em relação à população geral.

Do trabalho apresentado pelo dr. Alfredo Schermann, um dos especialistas que realizaram o inquérito em questão, obtivemos o seguinte quadro sobre os resultados colhidos:

MUNICÍPIOS	Alunos Examinados	Alunos com Tracoma	Percentual
Encantado	421	184	43.7
Arroio do Meio ..	362	85	23.5
Santa Rosa	3 386	745	22.0
Garibaldi	508	80	15.7
Lajeado	995	146	14.8
Estrêla	475	69	14.5
Venâncio Aires ..	495	70	14.1
Ijuí	797	57	7.2
Bento Gonçalves ..	722	49	6.8
Santo Ângelo	1 413	96	6.8
Caxias do Sul	1 174	61	5.2
Cruz Alta	1 609	32	2.9
São Borja	374	8	2.1
Urugualana	810	2	0.2
Livramento	1 539	0	0
Bagé	1 045	0	0
Quaraí	553	0	0

Sabe-se que o contágio do tracoma é eminentemente familiar. É sobretudo a mãe tracomatosa que em 80% dos casos se torna responsável pela transmissão da doença. A contagiosidade aumenta para 85%, se ambos os pais estão atacados. Numa família tracomatosa, via de regra, apenas 15% dos filhos estarão livres da doença. A cada colégio atacado, por corresponder 2 ou, quiçá, mais casos na família.

DOENÇA DE CHAGAS:

A Tripanosomíase-cruzi foi conhecida em 1 909 depois dos memoráveis trabalhos de Carlos Chagas, em Minas Gerais, constituindo hoje uma endemia bastante disseminada por quase todo o continente americano, onde já eram conhecidos em 1942 mais de um milhão de casos no homem, comprovados parasitológicamente, nos seguintes países:

Argentina	700
Uruguai	203
Brasil	63
Venezuela	50
Chile	25
Panamá	20
México	7
Guatemala	3
Paraguai	3
S. Salvador	2
Equador	2
Perú	2

1 080

No Brasil, a Divisão de Endemias do Instituto Oswaldo Cruz tinha apontados, até dezembro de 1944, cêrca de 380 casos da doença, distribuídos em 9 Estados: Piauí, Ceará, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, S. Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás, sendo que 11% do total ou sejam 42 casos, pertencem ao nosso Estado.

É, portanto, uma endemia em que, a medida que vai sendo pesquisada sistematicamente com pessoal competente e meios apropriados, os casos humanos vão sendo encontrados as centenas, e o problema aparece sob gravidade antes não suspeitada. É o

quisadores conseguiram demonstrar a existência de pelo menos 5 espécies transmissoras, das quais o *Triatoma infestans* é a mais importante, infestadas pelas formas evolutivas de *Tripanosoma cruzi*.

Gastão de Oliveira, em 1920, demonstrou a existência de *Triatoma infestans*, parasitados, em 20 municípios do Estado.

Pelos estudos realizados por Gastão de Oliveira, César Pinto, Vieira da Cunha, Álvaro José Pinho Simões e Antônio Augusto Tupinambá, êstes dois últimos do Serviço Especial de Grandes Endemias do Instituto Oswaldo Cruz, constatou-se a existência de transmissores infestados em 37 municípios do Estado.

Dessa maneira, já é a endemia bastante generalizada em nosso meio, tendo um aspecto epidemiológico característico: ser tipicamente das zonas rurais, de população pobre, vivendo em casas toscas, que propiciam abrigo para os triatomídeos, dificultando em muito o reconhecimento exato da incidência da doença e sua profilaxia.

HIDATIDOSE:

A situação geográfica do Rio Grande do Sul e o intercâmbio intenso com o Uruguai e a Argentina, onde a hidatidose é muito difundida, tanto no gado como no homem, explicam a razão porque é o nosso Estado que apresenta em todo o país o maior número de doentes de cisto-hidático.

Já em 1918, Hugo Brusque, em sua tese de doutoramento, nesta Faculdade, fazia referências a 82 casos de hidatidose humana, sendo 31 dêles operados em Pelotas.

Os últimos trabalhos do dr. Mario Meneghetti, realizados no Departamento Estadual de Saúde, consignam até fins de 1944 o número de 497 doentes operados de cisto hidático nos hospitais de diversas cidades do Rio Grande do Sul.

Pelotas, Piratini, Santa Vitória do Palmar, Bagé, e Rio Grande são as cidades que figuram com maior número de casos.

A cifra acima não corresponde ao verdadeiro número de casos ocorridos no Estado,

já que muitos doentes não são hospitalizados, outros existem sem diagnóstico e outros enfim sucumbem sem assistência médica.

O alto grau de infestação dos bovinos, suínos e ovinos, no Estado, a ignorância do nosso homem do campo e seu íntimo convívio com o cão, representam condições que aconselham a organização imediata da profilaxia integral da hidatidose. Se assim não se proceder, o Rio Grande do Sul, já considerado o maior foco dessa parasitose no Brasil, poderá converter-se em um dos maiores do mundo.

As cidades do Estado que figuram com o maior número de doentes operados são as seguintes:

Pelotas	135
Piratini	31
Santa Vitória do Palmar	30
Bagé	27
Rio Grande	26
Jaguarão	25
D. Pedrito	24
Erval	21
Pinheiro Machado	20
Cangussú	18
Urugualana	16
Livramento	15
Arrolo Grande	14
Cachoeira do Sul	11

MALÁRIA

É das doenças êndemo-epidêmicas a mais grave pela maior soma de prejuízos que acarreta, impedindo o desenvolvimento econômico das regiões onde grassa, perturbando a cultura dos campos, detendo a força criadora das indústrias, anulando, em suma, tôdas as atividades fecundas.

É doença social por excelência, porque afeta diretamente a principal força social que é o trabalho.

Atinge às populações em massa, não distinguindo classes nem raças, não escolhendo climas ou latitudes. Não se limita a ferir os indivíduos, mas desorganiza ou devasta os elementos vitais que o cercam.

Pelo menos 35% da população do globo sofre seus malefícios, representando isto cerca de 700 000 000 de indivíduos doentes, segundo estimativa de alguns autores.

A mortalidade média calculada no mundo é de 7 milhões de indivíduos por ano, e isto, por ser uma doença de baixa letalidade, o que equivale a 20 mil óbitos por dia; 830 por hora; 15 aproximadamente por minuto.

No Brasil é doença largamente disseminada, superando no obituário, em certas capitais do norte, a própria tuberculose, o problema n.º 1 brasileiro.

Representando um problema sanitário de tanta importância para o Brasil, onde Souza Pinto numa estimativa geral calcula 8 milhões de indivíduos doentes, é a doença no nosso meio um problema secundário, mais de vigilância dos focos de Santa Catarina e Argentina, para evitar a sua penetração e extensão, já que são encontradas condições propícias para o seu desenvolvimento em nosso meio.

O momento exato de penetração da doença em nosso Estado não podemos precisar, entretanto encontramos algumas referências à doença no trabalho de Baltazar de Bem, em que são citados casos em 1877 em Uruguaiana, em 1894 em São Borja e São Gabriel, bem como casos isolados, principalmente importados, em diversos outros municípios, casos estes, entretanto, que não merecem fé absoluta, dado o exagêro da época em considerar qualquer estado febril como um acesso de malária.

Em 1918, em Tôrres, às margem do Mampituba e ao pé da serra, Basil Sefton verificou a existência de malária de forma

benigna em moradores daquela região limítrofe com Santa Catarina, foco endêmico da doença. Na mesma época, Pereira Filho observou o *plasmodium vivax* num indivíduo vindo de Tôrres.

Em 1928 e 1929, Raul Di Primio verificou, em Tôrres e Osório, casos autóctones de malária, todos causados pelo *plasmodium vivax*.

Entretanto, como afirma Leônidas Machado, a malária não era desconhecida em outros municípios, pelos casos importados quer por estrangeiros ou nacionais vindos de outros Estados.

Em 1939, foi encontrado pela 1.ª vez pelo dr. Custódio Vieira da Cunha o *plasmodium falciparum* tanto em doentes de Osório como de Tôrres.

Em 1940, foi verificado um caso de malária não importado em Santa Rosa. No mesmo ano foram positivados 56 casos da doença em Osório e 82 em Tôrres ou sejam 138 casos positivos, contra 360 em 1939.

Em 1941, a doença foi encontrada em outros municípios: Lajeado, Iraí, São Borja, Alegrete e Uruguaiana.

De 1942 para cá inúmeros casos têm sido confirmados nas localidades dos municípios de Osório e Tôrres, principalmente neste último, no qual, só em 1945, foram positivados 2 508 casos de malária e apenas 35 em Osório.

Dos estudos entomológicos que têm sido realizados pelo Serviço Nacional de Malária, em nosso Estado, depreende-se que as espécies com maior responsabilidade na difusão da malária, pertencem ao subgênero Kerteszia, as quais têm criadouro na água retida nas bromeliáceas.

QUADRO N.º 7 :

SERVIÇO NACIONAL DE MALÁRIA

SETOR — Rio Grande do Sul

EVOLUÇÃO DA MALÁRIA NA ÁREA SOB CONTRÔLE DESDE A
INSTALAÇÃO DOS SERVIÇOS

LOCALIDADES	ANOS	Total de casos de malária confirmados pelo laboratório	Mês de maior incidência de malária	OBSERVAÇÕES
Sede do Setor Tórres	1942	21	Abril — 6	
	1943	38	Março — 21	
	1944	281	Maio — 48	
	1945	753	Abril — 140	
Colônia São Pedro	1942	346	Maio — 90	
	1943	146	Março — 62	
	1944	312	Abril — 82	
	1945	639	Dezembro — 90	
Pirataba	1942	317	Maio — 115	
	1943	73	Maio — 50	
	1944	432	Março — 88	
	1945	710	Fevereiro — 200	
Morro Azul	1942	246	Novembro — 132	
	1943	351	Janário — 351	
	1944	273	Maio — 100	
	1945	320	Fevereiro — 90	

QUADRO N.º 7 (cont.)

LOCALIDADES	ANOS	Total de casos de malária confirmados pelo laboratório	Mês de maior incidência de malária	OBSERVAÇÕES
Guananazes	1942	653	Janeiro — 106	
	1943	308	Agosto — 72	
	1944	162	Março — 77	
	1945	86	Dezembro — 19	
Passo do Sertão	1942	0	0	
	1943	386	Junho — 277	
	1944	1 832	Março — 393	
	1945	1 639	Abril — 361	
Sombrio	1942	0	0	
	1943	596	Junho — 363	
	1944	1 641	Fevereiro — 360	
	1945	1 019	Março — 222	
Praia Grande	1942	0	0	
	1943	413	Mai — 206	
	1944	870	Setembro — 140	
	1945	782	Fevereiro — 137	

QUADRO N.º 7 (cont.)

LOCALIDADES	ANOS	Total de casos de malária confirmados pelo laboratório	Mês de maior incidência de malária	OBSERVAÇÕES
Jacinto Machado	1 942	0	0	
	1 943	300	Julho — 67	
	1 944	781	Abril — 144	
	1 945	949	Junho — 142	
Osório	1 942	349	Outubro — 80	Trabalhos encerrados em Setembro
	1 943	166	Abril — 71	
	1 944	21	Maio — 6	
	1 945	8	Junho — 2	
Itati	1 942	12	Agosto — 6	Trabalhos encerrados em Setembro
	1 943	8	Setembro — 4	
	1 944	1	Agosto — 1	
	1 945	17	Junho — 5	
Sanga Funda	1 942	41	Novembro — 19	Trabalhos encerrados em Setembro
	1 943	60	Julho — 35	
	1 944	0	0	
	1 945	10	Março e Maio — 3	
Maquíné	1 942	421	Abril — 129	Sòmente pequena hidrografia
	1 943	43	Abril — 43	
	1 944	27	Maio — 22	
	1 945			

QUADRO N.º 8 :

SERVIÇO NACIONAL DE MALÁRIA

SETOR — Rio Grande do Sul

ENTOMOLOGIA

Sede do Setor	Lista das Espécies de Anofelíneos Encontrados										Espécies Domiciliares %					Índice Larvário		
	A (K) <i>curzi</i>	A (K) <i>bellator</i>	A (N) <i>strodei</i>	A (N) <i>albitarsis</i>	A (N) <i>norocstensis</i>	A (N) <i>argitarsis</i>	A (N) <i>rondoni</i>	A (arribalzagia) sp.	A (missorhynchela) sp.	A (N) sp.	A (N) <i>strodei</i>	A (N) <i>albitarsis</i>	A (K) <i>cruzi</i>				Máximo Mês de	Mínimo Mês de
TORRES	+		+	+	+			+	+								Setembro (3,75)	Julho (0,3)

LOCALIDADES																		
Colônia São Pedro	+	+	+	+	+	+			+	+			100				Março (29,48)	Janeiro (2,54)
Pirataba	+		+	+	+		+	+		+	10		90				Março (19,13)	Novembro (2,46)
Morro Azul	+		+	+	+	+		+	+	+							Março (16,51)	Janeiro (1,26)
Guananazes	+		+	+	+			+	+	+	100						Dezembro (4,28)	Junho (0,42)
Passo do Sertão	+		+	+	+		+	+	+	+			100				Novembro (5,87)	Julho (0,56)

QUADRO N.º 8 (cont.)

[illegible]

QUADRO N.º 9 :

SERVIÇO NACIONAL DE MALÁRIA

SETOR — Rio Grande do Sul

ENTOMOLOGIA

TIPOS DOS FOCOS DAS ESPÉCIES VECTORAS E SUA
DISTRIBUIÇÃO NA ÁREA TRABALHADA

Sede do Setor	FOCOS DAS ESPÉCIES VECTORAS			DISTRIBUIÇÃO NA ÁREA TRABALHADA DOS FOCOS DAS ESPÉCIES VECTORAS (juntar croquis ou mapas reduzidos se possível).		
	Do subgênero Kerteszia	Do subgênero Nyssorhynchus	De outros subgêneros	Do subgênero Kerteszia	Do subgênero Nyssorhynchus	De outros subgêneros
Tôrres	Bromélias	Depressão, vala, lagoa e brejo.		Grande quantidade de bromeliáceas na parte oeste da cidade onde o Serviço mantém uma turma de destruição.	Os focos nesta cidade estão na sua totalidade na lagoa da cidade e parte baixa (Ronda).	

LOCALIDADES

Colônia São Pedro	Bromélias	Depressão, brejo, córrego, e vala.		Bastante bromeliáceas na área trabalhada e seus arredores.	Focos numerosos nos brejos a leste da vila.	
Pirataba	Bromélias	Depressão, vala, brejo e escavação de olaria.		Grande quantidade de bromeliáceas por toda área trabalhada.	Bastantes focos por toda vila e suas adjacências.	

QUADRO N.º 9 (cont.)

LOCALIDADES	FOCOS DAS ESPÉCIES VECTORAS			DISTRIBUIÇÃO NA ÁREA TRABALHADA DOS FOCOS DAS ESPÉCIES VECTORAS (juntar croquis ou mapas reduzidos se possível).		
	Do subgênero Kerteszia	Do subgênero Nyssorhynchus	De outros subgêneros	Do subgênero Kerteszia	Do subgênero Nyssorhynchus	De outros subgêneros
Morro Azul	Bromélias	Córrego, brejo e pegada.		Bromeliáceas em toda área. A parte já destruída pelo Serviço.	Focos disseminados por toda área trabalhada.	
Guananazes	Bromélias	Depressão, córrego escavação de olaria, vala, poço e brejo.		Bromeliáceas por toda vila em regular quantidade.	Distribuem-se os focos por toda vila.	
Passo do Sertão	Bromélias	Depressão, vala e córrego.		Bromeliáceas nos arredores da área trabalhada em regular quantidade.	Poucos focos distribuídos pela área trabalhada.	
Sombrio	Bromélias	Depressão, córrego e brejo.		Grande quantidade de bromeliáceas em toda vila e seus arredores.	Focos em toda vila em quantidade reduzida.	
Praia Grande	Bromélias	Córrego, brejo e depressão.		Grande quantidade de bromeliáceas na vila e seus arredores.	Focos em regular quantidade disseminados por toda área trabalhada.	
Jacinto Machado	Bromélias	Depressão, brejo e vala.		Na parte norte e oeste da vila existe regular quantidade de bromeliáceas.	Os focos distribuem-se por toda vila em pequena quantidade.	

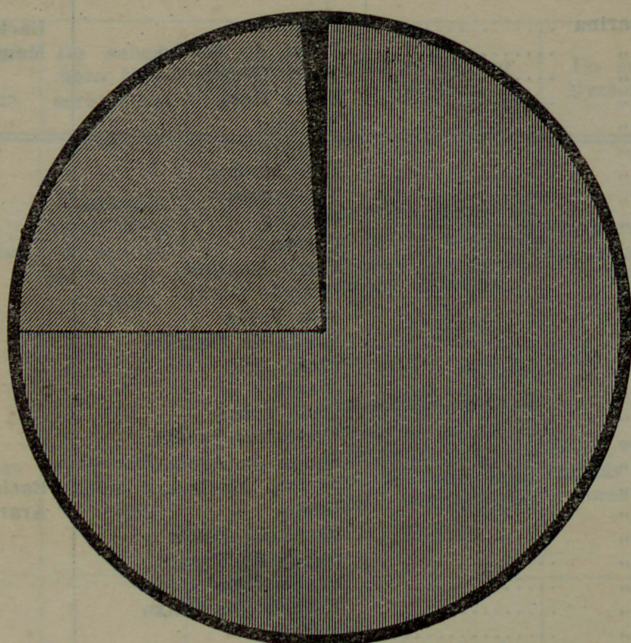
QUADRO N.º 9 (cont.)

LOCALIDADES	FOCOS DAS ESPÉCIES VECTORAS			DISTRIBUIÇÃO NA ÁREA TRABALHADA DOS FOCOS DAS ESPÉCIES VECTORAS (juntar croquis ou mapas reduzidos se possível).		
	Do subgênero Kerteszia	Do subgênero Nyssorhynchus	De outros subgêneros	Do subgênero Kerteszia	Do subgênero Nyssorhynchus	De outros subgêneros
Osório	Bromélias	Depressão, vala, brejo, córrego, poço, tanque e pegadas.		Existiam bromélias na parte norte da cidade, as quais foram destruídas.	Encontram-se focos em toda área trabalhada.	
Itati	Bromélias	Depressão, brejo e córrego.		Bromeliáceas disseminadas por toda vila pequeno número, havendo mais nas proximidades do rio.	Focos em número regular nos arredores da vila.	
Sanga Funda	Bromélias	Depressão, córrego e brejo.		Encontram-se bromeliáceas em grande número na parte sul da vila.	Encontram-se focos por toda vila em regular quantidade.	
Maquiné	Bromélias	Depressão, vala, brejo e córrego.		Existem bromélias em toda área trabalhada, porém em número reduzido.	Focos disseminados por toda vila, porém em número muito reduzido.	

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA MALÁRIA
ANO DE 1945
SETOR: RIO GRANDE DO SUL

MUNICÍPIOS	LOCALIDADES	LOCALIZAÇÃO
Araranguá, Sta. Catarina	Sombrio	Bacia do Rio Mampituba
" " "	Passo do Sertão	
" " "	Praia Grande	
" " "	Santa Rosa	
" " "	Tenente	
" " "	Cachoeira	
" " "	Dois Irmãos	
" " "	Timbopéba	
" " "	Guarita	
" " "	Peróba	
" " "	Passo Magnus	
" " "	Espigão Geral	
" " "	Vila Velha	
" " "	Sanga da Madeira	
" " "	Pirão Frio	
" " "	Alegrete	
" " "	Vista Alegre	
" " "	Chanchas Pardas	Bacia do Rio Araranguá
" " "	Sanga da Areia	
" " "	Jacinto Machado	
" " "	Ermo	
" " "	Serra da Pedra	
" " "	Sanga da Toca	
" " "	Pinheirinho Alto	
" " "	Pinheirinho Baixo	
" " "	Turvo	
Osório	Itati	Zona Lacustre
"	Serra da Bananeira	
"	Três Pinheiros	
"	Encruzilhada	
"	Sanga Funda	
"	Cornélios	
"	Rabicho	
"	Ressaco	
"	Maquiné	
"	Marquês do Herval	
"	Morro Alto	Zona Lacustre
"	Aguapés	
"	Pinguela	
"	Osório	
"	Laranjeira	
"	Prainha	Bacia do Rio Mampituba
Tórres	Tórres	
"	Morro Azul	
"	Pirataba	
"	Costão	
"	Morro do Forno	
"	Colônia São Pedro	
"	Barro Cortado	
"	Pôrto Guerreiro	Zona Lacustre
"	Três Cachoeiras	
"	Lageadinho	
"	Chapéu	
"	Chimarrão	
"	Pôrto Alagio	
"	Costa de Dentro	
"	Guananases	

SERVIÇO NACIONAL DE MALÁRIA
SETOR : RIO GRANDE DO SUL
EXAMES DE SANGUE — ESPECIES PARASITÁRIAS
1945



■ - P. VIVAX	5.167 - 75,2%
▨ - P. FALCIPARUM	1.622 - 23,6%
■ - I. MIXTA	83 - 1,2%

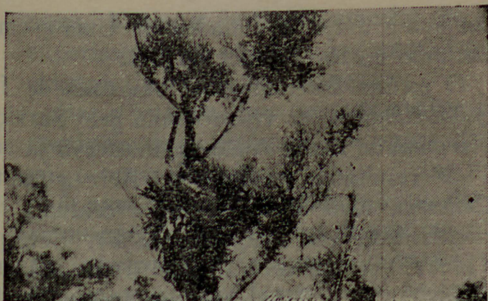
Gráfico n.º 4

ESPIROQUETOSE
ÍCTERO-HEMORRÁGICA

Durante a enchente ocorrida em abril e maio de 1941, a maior de que há memória na capital do Estado, a cidade foi surpreendida por um surto epidêmico de espiroquetoze íctero-hemorrágica (doença de Weil), doença de rara observação em surtos epidêmicos na América do Sul, despertando, por isso, grande interesse científico, dando margem a um estudo apurado da mesma, realizado pelos técnicos do Departamento Estadual de Saúde.

O momento era propício à eclosão de doenças epidêmicas, devido ao profundo desequilíbrio na vida social onde dezenas de milhares de pessoas foram obrigadas a abandonar seus lares, invadidos pela água da enchurrada e instaladas em abrigos de emergência.

Número de notificações de espiroquetoze recebidas	67
Casos considerados negativos	22
Casos considerados positivos clinicamente	45



Aspetto da destruição de gravatás

Casos positivos de operários	23
Casos positivos de comerciários	10
Casos positivos de escolares	4
Casos positivos de funcionários públicos	3
Casos positivos de donas de casa	1
Casos positivos de músicos	1
Casos positivos de empregados em transportes	1
Casos positivos que tiveram contato direto com a água da enchente	37
Casos positivos, cujo contato com a água da enchente não foi apurado	5
Casos positivos, óbitos	5

Casos considerados positivos laboratorialmente	17
Casos positivos do sexo masculino ...	43
Casos positivos do sexo feminino ...	2
Casos positivos de côr branca	40
Casos positivos de côr parda	2
Casos positivos de côr preta	3
Casos positivos de brasileiros	40
Casos positivos de estrangeiros	5



Destruição de gravatás na Colônia São Pedro



Turma de destruição de gravatás em atividade

IDADE DOS CASOS POSITIVOS:

De 0 a 5 anos	2
De 6 a 10 "	3
De 11 a 20 "	5
De 21 a 30 "	9
De 31 a 40 "	8
De 41 a 50 "	10
De 51 a 60 "	5
De 61 a 70 "	2
De 71 a 80 "	1

Nessas condições, mau grado o intenso serviço realizado pelas nossas autoridades sanitárias, no dia 19 de maio, duas semanas depois do dia de altura máxima das águas e dez dias depois da data em que se iniciou o declínio, foi notificado pelo professor Basil Sefton o primeiro caso suspeito, o qual, tempos antes, por mais de uma vez, notificara casos esporádicos de leptospirose. Depois desse primeiro caso, outros foram sendo notificados e que determinaram severas



Espécie de Bromeliaceae podendo conter até 5 litros de água

medidas por parte das nossas autoridades sanitárias, que puderam controlar e debelar o surto epidêmico.

Foram ao todo confirmados 45 casos da doença, tendo havido 4 óbitos, ou seja uma letalidade de 8.8%.

O maior número de indivíduos atingidos, pertencia ao sexo masculino (43 casos) morando, a grande maioria, na zona inundada, acusando contato direto ou indireto com a água da enchente (40 casos), mostrando, dessa maneira, a origem hídrica da epidemia.

O relato deste surto epidêmico serve para demonstrar a possibilidade de ser o Estado assolado por surtos epidêmicos de doenças novas ou que, esporadicamente, aparecem, bastando, para isso, condições propícias às mesmas.

ESQUISTOSOMOSE

A esquistosomose foi conhecida pela primeira vez no Brasil, em 1908 por Pirajá da Silva, que a classificou como frequente na Bahia.

Depois deste estudo, bem como os de Adolfo Lutz e outros pesquisadores brasileiros, Heraldo Maciel em 1930 chamou a atenção sobre a larga disseminação da doença no país, dizendo ser um dos maiores focos endêmicos da esquistosomose no mundo devido a grande extensão dos focos, principalmente os do nordeste.

Atualmente é tamanha a disseminação da doença que, infelizmente para nós, de africana e importada, já está sendo conhecida como esquistosomose brasileira. De fato, até 1940 já eram conhecidos casos autóctones

em quase todos os Estados da União, com exclusão do Rio Grande do Sul.

O exame sistemático de amostras de fígado, colhidas por viscerotomia pelo Serviço Nacional de Febre Amarela, mostrava já em 1937 resultados positivos do Acre a Santa Catarina, mais elevados os percentuais de positividade em Alagoas (18%), Sergipe (14%), Pernambuco (13.5%), Bahia e Mato Grosso (5%), Minas Gerais (4%), sendo que para um total de 116 900 amostras examinadas 5 397 evidenciaram o *Schistosoma* (4.6%).

Em Pernambuco mais impressionante ainda é a verificação da Cadeira de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Recife: em 2014 autópsias (na sua maioria de indivíduos de Recife) 33.7% consignam a parasitose.

No último relatório de Barros Barreto, relativo ao ano de 1944, constata-se em Catende, em Pernambuco, onde o Departamento



Gravatá podendo conter até 7 litros e 500 gramas de água

mento Nacional de Saúde mantém um pôsto experimental de combate à doença, uma incidência de 54.7% na população.

Dessa maneira, bem se pode avaliar a importância dessa endemia, que agora já atingiu o nosso Estado.

É uma dolorosa verdade, que se diz pela primeira vez, baseada em documento oficial por nós recebido, e que já tínhamos constatado quando em fevereiro do ano passado visitámos o Serviço de Histopatologia do Serviço de Febre Amarela.

Pelos dados que recebemos, constatamos que em 1944 em 124 amostras de fígado em condições de exame, retiradas pelos postos de viscerotomia distribuídos no Estado, 7 espécimens mostravam lesões de esquistosomose, o que significa uma incidência, sobre aquêle total, de 5.64%. São as seguintes as localidades em que foram assinalados os casos: Tôrres — 2; Iraí — 1; Pôrto Xavier — 1; São Borja — 1; São Luiz Gonzaga — 1; Tuparendi — 1.

Em 1945 o total de fígado úteis examinados foi de 125. Para êste total se acharam 3 fígados com lesões de esquistosomose, o que representa uma incidência de 2.40%. Êsses três casos são das localidades seguintes: Giruá — 1; São Luiz Gonzaga — 1; Erechim — 1.

Ainda podemos constatar com os dados do Serviço de Histopatologia, que, do total dêsses dez casos de esquistosomose, 4 são de indivíduos pertencentes ao primeiro grupo etático (0 — 9 anos) e os outros 6, ao último grupo (mais de 50 anos), 5 são do sexo masculino, os outros 5 do sexo feminino, verificando-se, contudo, haver predominância do sexo masculino entre os casos do primeiro grupo etático (3 num total de 4 casos).

Dessa maneira, já são conhecidos em nosso meio casos dessa parasitose tão importante pela sua fácil difusão, como podemos observar no exemplo de Minas Gerais, na sua própria capital: Melo Teixeira, em 1920, encontrava uma incidência de apenas 0.5% que se levava em 1937 a 6% e em 1938 a 11% nas verificações de Renault

e Versiani. Num subúrbio de Belo Horizonte, em 1944, ia a taxa a 28%.

Êste é um novo problema sanitário para o Rio Grande do Sul e que deve merecer a atenção de todos, pois quando conhecida a doença e seu tratamento é elevada a percentagem de cura.

PESTE

A peste, em nosso meio, apresenta apenas um interesse histórico, pois desde 1932 não se tem conhecimento de casos da doença, demonstrando com isto o valor das medidas postas em execução e do saneamento geral.

Até 1889, a peste bubônica respeitara a América, nas suas múltiplas excursões que, de seu berço entre o Tigre e o Eufrates, fizera pela superfície da terra.

Naquele ano, porém, o mal levantino manifestou-se em Santos, onde sua existência foi oficialmente declarada a 18 de outubro.

ÓBITOS E NOTIFICAÇÕES DE PESTE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Anos	Localidades	Óbitos	Notificações
1906	P. Alegre	—	26
1907	P. Alegre	23	26
1908	P. Alegre	18	—
1909	P. Alegre	11	—
1910	P. Alegre	17	9
1910	R. Grande	10	13
1911	P. Alegre	16	—
1911	Pelotas	2	—
1912	P. Alegre	9	—
1913	P. Alegre	19	9
1914	P. Alegre	11	17
1914	S. Maria	5	—
1914	Vacaria	1	—
1915	P. Alegie	8	—
1915	S. S. Cai	2	—
1916	P. Alegre	5	5
1917	P. Alegre	4	—
1918	P. Alegre	23	—
1919	P. Alegre	10	—
1919	Pelotas	11	—
1919	S. Maria	1	—
1920	P. Alegre	17	38
1920	R. Grande	1	14
1920	Cachoeira do Sul..	5	10
1920	S. Maria	10	27
1920	P. Fundo	2	3
1920	M. Ramos	3	4

NOTA: Os casos de esquistosomose citados acima, são duvidosos pois em documento recebido posteriormente a leitura dessa aula, o S. N. F. A. não mais os confirma, por não terem sido encontrados ovos do parasito nas preparações examinadas.

Anos	Localidades	Óbitos	Notificações
1920	Cacequi	0	1
1920	Uruguaiana	19	33
1920	Livramento	6	15
1921	P. Alegre	19	—
1921	Cachoeira do Sul..	5	—
1921	Pelotas	6	—
1921	S. Maria	4	—
1921	D. Camaquã	1	—
1922	P. Alegre	28	69
1922	C. Alta do Sul	1	—
1922	Cachoeira do Sul..	12	—
1922	Gravataí	1	—
1922	Jaguarão	1	—
1922	Pelotas	7	—
1922	S. Maria	11	—
1922	Uruguaiana	1	—
1923	P. Alegre	11	43
1923	Caçapava do Sul ..	6	—
1923	C. Alta do Sul	3	—
1923	Jaguarão	3	—
1923	Livramento	1	—
1923	Pelotas	3	—
1923	S. Gabriel	17	—
1924	P. Alegre	10	27
1924	R. Grande	9	—
1924	Cachoeira do Sul..	8	—
1924	C. Alta do Sul	3	—
1924	Jaguarão	1	—
1924	S. Gabriel	1	—
1924	S. Maria	5	—
1925	R. Grande	4	—
1926	P. Alegre	2	3
1926	R. Grande	17	—
1926	C. Alta do Sul	3	—
1927	P. Alegre	3	8
1927	Estado	26	—
1928	P. Alegre	0	1
1929	P. Alegre	1	2
1930	P. Alegre	0	—
1931	P. Alegre	0	—
1932	P. Alegre	0	1
		494	404

Daí propagou-se a doença a S. Paulo, Rio de Janeiro, Campos, Niterói, S. João da Barra, Petrópolis, Fortaleza, Paranaguá, Recife, Vitória, Aracaju, Rio Grande, Pelotas e Pôrto Alegre.

Em Pôrto Alegre, os primeiros casos da doença ocorreram, segundo relatos da época, em novembro de 1901, apesar de serem os casos e óbitos, ocorridos nessa ocasião, rotulados como outras entidades mórbidas.

Num período de 31 anos, a doença fez diversas incursões pelo interior do Estado, ocasionando um número relativamente alto de óbitos, e manifestando-se quer sob a forma bubônica, septicêmica e bronco-pneumônica.

Em 1942, em levantamento realizado pelo Serviço Nacional de Peste, ficou provado que a peste no Estado não representa um problema autóctone, tendo sido sempre importada do foco vizinho, na República Argentina, através, principalmente, do trigo e da alfafa.

DIFTERIA

É uma das endemias mais antigas em nosso meio, ocasionando anualmente pouco mais de 18 óbitos só na capital.

A doença em nosso meio apresenta um aumento nos meses frios e principalmente nos de média temperatura, dado epidemiológico clássico, pois é o que se observa em quase todos os países do mundo, dependendo disso, na opinião da maioria dos autores, da diminuição da receptividade nos meses mais quentes e da virulência do germe, este último fator dependente da intensidade da luz e do número maior de horas ensoladas.

Quanto à distribuição da doença pelos vários bairros da cidade, foi observado, por Newton Neves da Silva, um fato aparentemente paradoxal, isto é, a incidência maior não foi nos bairros de população mais densa, como é a regra, mas em bairros menos populosos e de habitações mais espalhadas. Nas verificações do citado autor, que estudou a incidência da doença nos anos de 1939 e 1940, ele constatou que em São João e Navegantes, bairros operários, onde a densidade de população é maior, ocorreram 13% dos casos, enquanto que, na Glória e Partenon, bairros de moradias mais espalhadas de muito menos densidade e de população de nível social médio, este índice chegou a 19%. A explicação deste fato reside na maior incidência de portadores de germes nestes bairros.

A difteria, aqui como em qualquer parte, é uma doença da infância, sendo raros e quase sempre benignos os casos em adultos. É o que se observa em nossa cidade onde a doença incide com mais frequência dos 2

aos 5 anos, havendo entretanto maior letalidade no primeiro ano de vida.

Quanto à curva de mortalidade por difteria em nossa capital, vemos que o coeficiente mais alto corresponde ao ano de 1936 (17,8) tendendo depois a baixar, sendo que em 1945 é que foi observado um dos mais baixos coeficientes.

QUADRO N.º 10 :

ÓBITOS POR DIFTERIA E COEFICIENTES
PARA 100 000 HABITANTES E POR 1 000
ÓBITOS GERAIS, NA CIDADE DE
PORTO ALEGRE

ANOS: 1910 — 1945

Anos	População da Cidade	Óbitos Gerais	Óbitos por Difteria	Coeficientes por 100 000 Habitantes	Coeficientes por 1 000 Óbitos Gerais
1910	106 485	2 702	4	3,7	1,4
1911	111 195	3 488	6	5,3	1,7
1912	115 905	3 821	12	10,3	3,1
1913	120 615	3 689	10	8,2	2,7
1914	125 320	3 310	15	11,9	4,5
1915	130 030	3 311	7	5,3	2,1
1916	134 740	3 305	7	5,1	2,1
1917	139 450	3 845	12	8,6	3,1
1918	144 160	5 087	16	11,0	3,1
1919	148 870	3 091	11	7,3	3,5
1920	153 586	3 864	11	7,8	2,8
1921	159 060	3 515	21	13,2	5,9
1922	164 530	3 580	24	14,5	6,7
1923	170 000	4 124	23	13,5	5,5
1924	175 470	4 269	9	5,1	2,1
1925	180 940	4 080	17	9,3	4,1
1926	186 410	4 250	11	5,9	2,5
1927	191 880	4 501	21	11,4	4,6
1928	197 350	4 252	14	7,0	3,3
1929	202 820	4 843	23	11,3	4,7
1930	208 290	4 259	10	4,8	2,3
1931	213 760	4 586	18	8,4	3,9
1932	219 230	4 572	24	10,9	5,2
1933	224 700	4 174	12	5,3	2,8
1934	230 170	4 223	18	7,8	4,2
1935	235 640	4 757	12	5,0	2,5
1936	241 110	4 834	43	17,8	8,8
1937	246 580	5 236	21	8,5	4,0
1938	252 050	5 190	17	6,7	3,2
1939	257 520	5 413	32	12,4	5,8
1940	263 000	5 109	23	8,7	4,5
1941	268 470	5 626	23	8,5	4,0
1942	273 940	5 689	22	8,0	3,8
1943	279 410	5 655	17	6,0	3,0
1944	284 880	5 213	20	7,0	3,8
1945	290 350	5 461	12	4,1	2,2

Em relação aos demais municípios do Estado a situação é mais ou menos a mesma, mantendo-se a doença em forma endêmica com pequenos surtos epidêmicos aqui e ali, em quase todas as localidades do nosso interior.

Raras são as doenças transmissíveis, que podem ser, hoje, tão eficientemente controladas pela medicina preventiva; onde quer que se realize intensa e sistemática campanha contra a difteria pelos recursos de que agora dispomos, podemos ter certeza de conseguir uma redução sensível na incidência e na sua mortalidade.

BRUCELOSES

As bruceloses, pouco a pouco, vão assumindo um papel de significação em higiene e veterinária, dada a sua grande disseminação, principalmente no campo e, de um modo geral, entre pessoas que lidam com animais e seus produtos, assumindo, dessa maneira, os característicos de doença profissional.

Staub, em trabalho decente, diz que mais de 10 a 15% da população dos Estados Unidos sofre de bruceloses. A grande maioria dos casos são de tipo crônico, ambulatório, que nunca deram conta da infecção, fazendo com que, invariavelmente, sejam classificados como neurastênicos, psiconeuróticos ou paranóicos.

Para o Estado do Rio Grande do Sul, cuja pecuária representa uma das maiores fontes de riqueza, a brucelose já constitui um problema veterinário de máxima importância, cuja solução merece uma ação firme e positiva, pois os levantamentos realizados pela Secretaria da Agricultura, mostram uma incidência média de 24,33% nos bovinos.

Newton Neves da Silva, em estudo realizado em animais leiteiros que abastecem a cidade, encontrou uma percentagem média de 21,79.

Apesar da incidência tão elevada em nosso gado bovino, a verificação de casos humanos não está em relação com esses dados, isto é, relativamente poucos são os casos até agora observados, como aliás acontece em quase todos os países.

COEFICIÊNTES DE MORTALIDADE POR 100.000 Hbs. PELA DIFTERIA EM PORTO ALEGRE

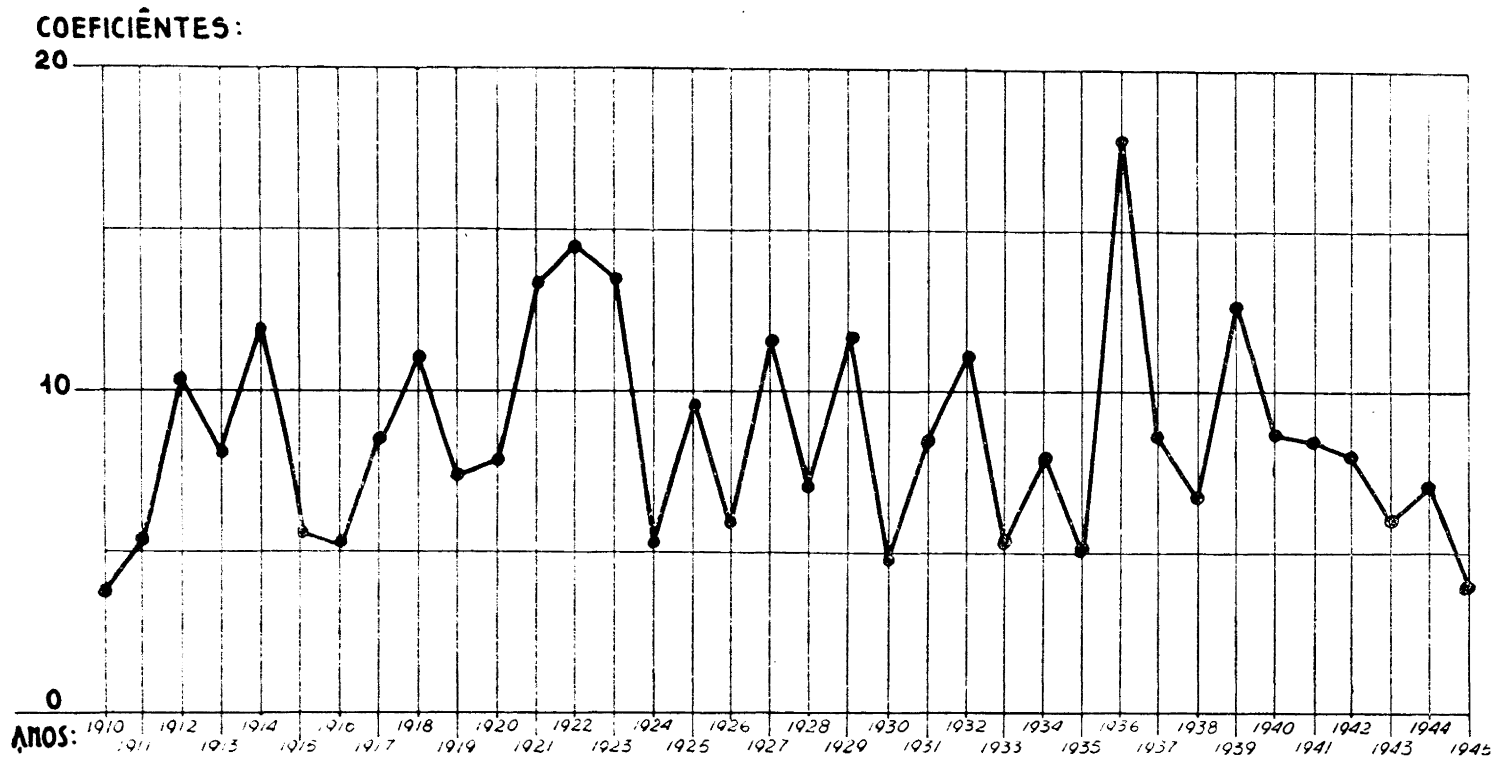


Gráfico n.º 5

Até dezembro de 1945, eram conhecidos no Estado cerca de 24 casos humanos da doença, sendo o primeiro caso constatado em 1913, pelo professor Carneiro Gonçalves, aliás o primeiro assinalado na América do Sul.

Em trabalho que está sendo realizado pelo dr. Newton Neves da Silva, nos empregados dos Frigoríficos Nacionais Sul-Brasileiros, em Gravataí, em que já foram examinados 106 empregados, encarregados da manança e picação, foram até agora encontrados 18 casos positivos de infecção brucélica, ou seja uma percentagem de 16.9.

Dessa maneira, precisamos ter em muita atenção este problema, pois a doença se apresenta sobre os mais diferentes aspectos, confundindo o clínico e passando, frequentemente, despercebida.

LEPRA

Embora já de há muito existente no Rio Grande do Sul, durante longo período esteve a lepra limitada a reduzido número de casos. Nos últimos decênios, entretanto, entrou em fase francamente invasora, atestada pela preponderância das formas tuberosas e pelo repetido aparecimento de casos autóctones e incipientes.

Considerada, em 1905, doença raríssima entre nós por Baltazar de Bem, em sua valiosa Geografia Médica, assim tida pela maioria dos observadores da mesma época, tão impressionante foi a expansão da lepra que já em 1928 Nonohay, depois de assinalar-lhe a raridade, calculava então em mais de 400 os casos existentes no Estado. Pouco depois, em 1933, Maya Faillace, baseado em investigações pessoais cuidadosas, dava para o Rio Grande do Sul o número médio de 900 a 1 000 doentes, correspondente ao índice de incidência de 0.33 por 1 000 habitantes. Os inquéritos oficiais, realizados posteriormente, confirmaram esses cálculos, aceitos como base para as previsões da construção do atual Leprosário de Itapuã.

Em 31 de dezembro de 1945, existiram no Estado 960 doentes diagnosticados, dos quais 502 estavam internados naquela colônia.

Segundo os dados conhecidos, os municípios mais flagelados são: Porto Alegre, Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Vacaria, Bem Jesus, S. Francisco de Paula, Cachoeira do Sul, Palmeira e Pinheiro Machado. Em resumo, a capital do Estado, como centro de convergência de doentes que acorrem em busca de tratamento ou amparo, a região do Nordeste limítrofe com S. Catarina e a região colonial italiana e alemã.

Embora extinto o tráfico africano, diminuída também a corrente imigratória estrangeira, causas que sabidamente influíram na progressão da lepra em nosso Estado, permanecem ainda outros fatores leprogênicos: grande natalidade na região dita colonial, maior facilidade de comunicações, afluência de adventícios nacionais, vizinhança de Estados e países altamente infectados (Santa Catarina e Argentina).

Conclui-se, assim, que se deverá continuar a intensificar a luta contra este temeroso mal, felizmente já iniciada segundo os moldes técnicos modernos, através dos dispensários anti-lepróticos, colônia agrícola de Itapuã e Amparo Santa Cruz, instituições que atendem às principais facetas do problema.

GRANULOMA PARACOCCIDIÓIDICO

É uma entidade nova em nosso meio, pois só em 1941 foram publicados os dois primeiros casos da doença, pelo dr. Enio Campos do Departamento E. de Saúde. Atualmente, já são conhecidos cerca de 22 casos.

A doença já tem sido encontrada em nosso país, principalmente em São Paulo, onde são conhecidos mais de 400 casos, Minas Gerais e Rio de Janeiro, encontrando-se, ainda, em menor número em outros Estados.

Em nosso meio, constata-se com maior frequência a localização pulmonar (87% dos casos), encontrando-se ainda formas mucosas e tegumentares.

A doença é encontrada, mais frequentemente, entre lavradores e agricultores, nos indivíduos que trabalham nas florestas e em todos que estão em contato mais direto com o reino vegetal.

O conhecimento e o diagnóstico diferencial da blastomicose é hoje indispensável e

de alta importância, em virtude dos resultados terapêuticos animadores obtidos com os derivados sulfamídicos.

TUBERCULOSE

Para finalizar esta aula, elegemos, propositalmente, a tuberculose, por ser esta doença o problema sanitário máximo para o Brasil e, também, para o nosso Estado.

Quase desconhecida por nossos antepassados, a peste branca vem progredindo assustadoramente em nossa capital, ceifando atualmente mais de mil vidas por ano (1 322, em 1 945), e apesar de tudo que se tem feito contra ela, caminhamos a passos lentos, sem conseguirmos tolher sua marcha.

A capital e a cidade do Rio Grande estão em período de tuberculização maciça, com coeficientes muito fortes de mortalidade (440 para P. Alegre em 1 945; 426 para Rio Grande, em 1 943). Santa Maria, Uruguaiana, Alegrete, Bagé, Itaqui, Jaguarão, Livramento, Quaraí e S. Gabriel apresentam coeficientes acima de 150 e nas demais cidades do Estado eles estão por volta dos 80 ou um pouco acima.

Se compararmos nossa situação com a de outros países estrangeiros, veremos que os Estados Unidos, com um coeficiente de 202 em 1 900, caiu para 55 em 1 935. Em 1 940, estava em 46 para todas as formas da doença.

Observando-se a distribuição da doença por grupos etáticos em nossa capital, no período de 1 908 a 1 944, podemos observar que 54.9% dos óbitos são de indivíduos entre os 20 e os 40 anos, mais forte a mortalidade entre os de 20 e 30 que representam 34.2% do total. Verificamos ainda não haver indício de transferência próxima dessa maior tributação para os grupos de idade mais avançada. Isto demonstra que a população está sob o peso da invasão aguda do bacilo. Quando ocorrer o deslocamento do maior obituário para os indivíduos de maior idade será o início da destuberculização, como sucedeu na América do Norte, onde a mortalidade, para os brancos, em 1 941, atingiu o máximo depois dos 65 anos entre os homens e depois dos 60 entre as mulheres.

Dessa maneira, parece que vivemos um período de franca invasão tuberculosa, contribuindo a doença com a maior taxa sob obituário geral, pois no último quinquênio o coeficiente para mil óbitos gerais esteve em média acima de 200.

Os dados que dispomos, infelizmente, não autorizam nenhuma previsão otimista sobre a marcha da tuberculose em nosso meio, a menos que medidas profiláticas radicais e tempestivas sejam postas em execução.

QUADRO N.º 11 :

ÓBITOS POR TUBERCULOSE (TODAS AS FORMAS) E COEFICIENTES DE MORTALIDADE PARA 100 000 HABITANTES E PARA 1 000 ÓBITOS GERAIS

Anos	População da Cidade	Óbitos Gerais	Óbitos por Tuberculose	Coeficientes por 100 000 Habitantes	Coeficientes por 1 000 Óbitos Gerais
1 891	44 000	2 112	220	500	104
1 892	45 700	2 115	208	455	98
1 893	47 400	2 082	210	443	101
1 894	49 100	2 100	213	434	101
1 895	50 820	1 984	217	427	109
1 896	52 540	2 252	233	443	103
1 897	54 250	2 322	235	433	101
1 898	55 970	2 271	324	579	143
1 899	57 680	2 206	348	603	158
1 900	59 395	2 136	354	596	166
1 901	64 104	2 041	364	568	178
1 902	68 813	2 248	370	538	164
1 903	73 522	2 118	362	492	171
1 904	78 231	2 276	366	468	161
1 905	82 940	2 850	398	480	140
1 906	87 650	2 699	378	431	140
1 907	92 358	2 459	384	416	156
1 908	97 067	2 461	395	407	160
1 909	101 776	2 685	472	464	176
1 910	106 485	2 702	467	438	173
1 911	111 195	3 488	568	511	163
1 912	115 905	3 821	560	483	147
1 913	120 615	3 689	584	484	158
1 914	125 320	3 310	578	461	175
1 915	130 030	3 311	634	488	191
1 916	134 740	3 305	626	646	189
1 917	139 450	3 845	588	422	153
1 918	144 160	5 087	724	502	142
1 919	148 870	3 091	641	430	207
1 920	153 586	3 864	658	428	170
1 921	159 060	3 515	643	404	183
1 922	164 530	3 580	667	405	186
1 923	170 000	4 124	694	408	168
1 924	175 470	4 269	769	438	180
1 925	180 940	4 080	767	424	188

QUADRO N.º 11 (cont.)

1 926	186 410	4 250	802	430	189	1 936	241 110	4 834	984	408	204
1 927	191 880	4 501	827	431	184	1 937	246 580	5 236	1 004	407	192
1 928	197 350	4 252	875	443	206	1 938	252 050	5 190	995	395	192
1 929	202 820	4 843	920	454	190	1 939	257 520	5 413	1 004	390	185
1 930	208 290	4 259	870	418	204	1 940	263 000	5 109	839	319	164
1 931	213 760	4 586	901	422	196	1 941	268 470	5 626	988	368	175
1 932	219 230	4 572	903	412	197	1 942	273 940	5 639	1 075	392	189
1 933	224 700	4 174	874	389	209	1 943	279 410	5 655	1 152	412	219
1 934	230 170	4 223	882	383	209	1 944	284 880	2 213	1 159	407	222
1 935	235 640	4 757	929	394	195	1 945	290 350	5 461	1 322	440	242

QUADRO N.º 12 :

ÓBITOS POR TUBERCULOSE NA CIDADE DE PORTO ALEGRE, DISTRIBUÍDOS
POR GRUPOS DE IDADES.

Anos	0 a 1 ano	1 a 5 anos	5 a 10 anos	10 a 15 ancs	15 a 20 anos	20 a 30 anos	30 a 40 anos	40 a 50 anos	50 a 60 anos	60 e + ancs	Idade Ignor.	Total
1 908	7	10	2	9	37	159	77	49	25	20	0	395
1 909	3	13	10	14	51	195	93	49	31	13	0	472
1 910	5	16	6	8	49	188	88	58	28	21	0	467
1 911	10	33	11	25	64	200	104	70	28	20	2	568
1 912	10	25	14	16	65	197	117	61	37	17	1	560
1 913	2	17	14	16	73	208	110	78	45	19	2	584
1 914	6	12	5	16	58	235	103	66	42	34	1	578
1 915	6	18	14	14	79	205	139	79	35	40	5	634
1 916	4	19	12	15	76	218	124	78	43	35	2	626
1 917	5	16	12	20	65	229	105	66	40	29	1	588
1 918	10	18	14	16	91	246	164	91	38	34	2	724
1 919	4	13	5	11	80	228	134	95	43	28	0	641
1 920	6	21	13	16	84	247	121	72	47	31	0	658
1 921	7	9	7	20	87	233	178	78	42	21	1	643
1 922	4	10	12	31	102	237	119	80	41	30	1	667
1 923	12	23	17	24	82	248	134	93	30	31	0	694
1 924	10	27	16	33	115	260	156	85	35	30	2	769
1 925	11	27	14	10	108	296	142	85	45	29	0	767
1 926	5	30	13	21	89	273	176	94	51	48	2	802
1 927	15	43	15	23	63	303	174	95	56	37	3	827
1 928	15	36	14	24	90	306	170	108	69	41	2	875
1 929	13	28	8	32	113	299	179	122	69	54	3	920
1 930	19	25	14	25	123	298	173	101	45	42	5	870
1 931	19	36	11	18	104	304	189	106	57	52	5	901
1 932	22	44	21	14	100	330	152	126	45	45	4	903
1 933	27	46	12	15	94	269	192	118	58	43	0	874
1 934	20	43	17	18	84	298	189	105	60	47	1	882
1 935	20	48	10	13	85	313	217	111	55	48	9	929
1 936	20	47	12	21	92	329	218	125	57	56	7	984
1 937	34	45	24	18	91	279	237	121	69	58	28	1 004
1 938	35	41	14	31	95	304	199	132	78	54	12	995
1 939	23	40	15	29	117	285	240	124	95	35	1	1 004
1 940	19	28	13	18	85	245	186	128	67	50	0	839
1 941	13	28	10	34	96	333	202	145	71	55	1	988
1 942	25	43	19	22	100	348	228	160	83	47	0	1 075
1 943	7	36	14	31	125	399	254	166	69	51	0	1 152
1 944	12	31	28	36	128	369	241	158	87	69	0	1 159
Total:	485	1 045	482	758	3 240	9 913	5 984	3 678	1 916	1 414	104	29 018
% :	1,6	3,6	1,6	2,6	11,1	34,2	20,7	12,7	6,7	4,8	0,4	

**ÓBITOS POR TUBERCULOSE (TODAS AS FORMAS CLÍNICAS) E MORTALIDADE POR 100 000 HABITANTES, NOS MUNICÍPIOS
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, DESDE 1938 ATÉ 1934.**

MUNICÍPIOS	1938			1939			1940			1941			1942			1943		
	População	Óbitos por Tuberculose	Coefficiente por 100 000 Habitantes	População	Óbitos por Tuberculose	Coefficiente por 100 000 Habitantes	População	Óbitos por Tuberculose	Coefficiente por 100 000 Habitantes	População	Óbitos por Tuberculose	Coefficiente por 100 000 Habitantes	População	Óbitos por Tuberculose	Coefficiente por 100 000 Habitantes	População	Óbitos por Tuberculose	Coefficiente por 100 000 Habitantes
1) Alegrete	38 700	63	163	39 100	86	220	39 420	61	155	39 760	69	174	39 960	73	183	40 250	80	199
2) Alfredo Chaves ..	15 600	4	26	16 000	5	31	16 405	3	18	17 030	2	12	17 430	3	17	17 900	0	0
3) Antônio Prado ..	10 800	2	18	11 100	4	36	11 441	4	35	11 770	2	17	12 140	6	49	42 480	5	40
4) Arroio do Meio ..	19 300	0	0	20 000	3	15	20 756	4	19	21 500	4	19	22 010	0	0	22 580	2	9
5) Arroio Grande ..	15 800	16	101	16 050	11	68	16 371	24	147	16 620	12	72	16 700	26	156	16 840	22	131
6) Bagé	59 400	164	276	59 500	156	262	59 686	165	276	59 850	189	316	59 910	186	210	59 910	199	332
7) Bento Gonçalves ..	18 750	3	16	18 900	6	32	19 070	3	16	18 900	3	16	19 400	3	15	20 000	5	25
8) Bom Jesus	11 600	0	0	11 850	2	17	12 076	2	16	12 300	4	32	12 520	1	8	12 800	2	16
9) Caçapava do Sul ..	27 800	6	22	28 300	10	35	28 889	14	48	29 450	14	49	29 780	25	84	29 380	13	44
10) Cachoeira do Sul ..	82 600	57	69	83 650	48	57	84 687	53	62	85 750	71	83	86 770	60	7	88 120	60	68
11) Cai	36 300	14	38	36 600	14	38	36 692	12	33	40 250	17	42	40 960	21	51	41 820	16	38
12) Camaquã	27 900	23	43	28 100	25	89	28 318	19	67	28 580	21	73	28 860	18	62	29 280	10	34
13) Candelária	18 250	8	44	18 550	10	54	18 876	9	48	19 200	6	31	19 410	11	57	19 710	2	10
14) Canguçu	49 500	7	14	50 000	5	10	50 587	8	16	51 350	14	27	51 950	14	27	52 620	3	6
15) Canoas							17 756	22	124	17 960	21	117	18 200	25	137	18 490	25	135
16) Carazinho	49 600	12	24	50 000	19	38	51 248	4	8	52 700	15	28	53 870	17	32	55 110	19	34
17) Caxias do Sul ..	38 000	20	52	39 000	27	69	40 096	25	62	41 250	21	51	42 260	18	42	43 280	19	44
18) Cruz Alta do Sul ..	56 000	37	66	57 200	64	112	58 244	30	52	58 800	41	70	59 850	52	87	61 020	39	64
19) D. Pedrito	25 300	25	99	25 600	45	176	25 890	48	185	26 180	40	153	26 460	35	132	26 640	44	16
20) Encantado	27 300	4	15	28 000	6	21	28 746	3	10	29 250	3	10	30 120	3	10	31 000	8	26
21) Ener. do Sul	36 300	15	41	36 600	20	55	36 986	24	65	37 150	20	55	37 790	14	37	37 300	14	38
22) Erval	9 400	8	85	9 500	5	53	9 632	9	93	9 840	8	81	9 980	8	80	10 150	5	49
23) Estrela	28 000	5	18	28 500	5	18	29 042	7	24	29 320	8	27	29 910	3	10	30 560	6	20
24) Farroupilha	12 000	1	8	12 300	2	16	12 650	2	24	13 150	2	15	13 500	2	15	13 850	2	14
25) Flores do Cunha ..	9 000	1	11	9 250	3	32	9 554	1	10	9 900	0	0	10 210	2	20	10 530	1	9
26) Garibaldi	17 000	1	6	17 450	5	29	17 987	7	39	18 700	2	11	19 270	5	26	19 830	2	10
27) General Câmara ..	10 800	2	18	10 900	2	18	11 016	4	36	11 200	6	54	11 350	5	44	11 490	5	4
28) Getúlio Vargas ..	22 600	4	18	23 000	3	13	23 473	9	38	24 050	4	17	24 630	2	8	25 260	4	16
29) Gravataí	22 700	15	66	22 850	20	88	22 996	9	39	23 200	10	43	23 370	5	21	23 750	3	13
30) Guaíba	20 700	31	150	21 000	9	43	21 306	10	47	21 600	20	92	21 920	24	109	22 340	9	40
31) Guaporé	42 200	3	7	43 500	6	14	44 840	4	9	46 800	9	19	48 160	3	6	49 670	5	10
32) Jjuí	41 100	1	2	42 200	9	21	43 174	15	35	44 350	12	27	45 350	20	44	46 330	12	26
33) Irai	14 500	0	0	14 850	1	7	15 052	0	0	15 350	1	6	15 620	3	19	15 970	2	12
34) Itaqui	16 450	27	164	16 550	37	225	16 667	33	198	16 800	19	113	16 930	19	112	17 070	28	164
35) Jaguarão	15 750	20	127	15 800	37	234	15 887	32	208	16 300	32	196	16 320	32	196	16 350	25	153
36) Jaguarí	18 200	10	55	18 500	11	59	18 866	14	74	19 300	10	52	19 660	17	86	20 100	13	65
37) José Bonifácio ..	102 500	7	7	105 200	9	8	108 037	19	18	110 830	17	15	113 800	19	16	116 990	14	12
38) Júlio de Castilhos ..	26 700	8	30	27 100	10	37	27 512	16	58	22 100	15	68	22 560	19	84	23 050	12	52

39) Lajeado	39 100	2	5	40 000	4	10	40 949	4	10	43 950	10	23	44 940	6	13	46 020	7	15
40) Lagoa Vermelha ..	59 200	8	14	59 550	10	17	59 904	10	17	60 300	7	12	61 670	9	14	63 170	11	17
41) Lavras	12 350	6	48	12 500	8	64	12 651	7	55	12 800	7	55	12 920	4	31	13 080	4	30
42) Livramento	47 700	102	214	47 850	87	182	48 002	71	148	48 250	79	164	48 420	86	178	48 600	79	162
43) Montenegro	43 700	16	33	48 900	26	53	49 148	20	41	49 400	20	40	50 380	22	44	51 380	17	33
44) Novo Hamburgo ..	18 700	13	70	19 000	17	89	19 335	28	145	19 650	17	86	19 920	15	75	20 230	21	104
45) Osório	33 700	2	6	33 900	3	9	34 132	7	20	34 300	6	17	34 570	7	20	35 190	4	11
46) Palmenra	103 000	3	3	105 000	9	8	106 993	10	9	110 200	12	11	112 200	12	11	114 850	26	23
47) Passo Fundo	80 100	35	44	80 400	32	40	80 726	29	36	82 150	38	46	83 480	26	31	85 270	32	38
48) Pelotas	104 500	197	188	105 000	216	206	105 852	200	189	106 000	222	209	107 000	201	188	108 040	135	125
49) Pinheiro Machado ..	12 700	7	55	12 800	6	47	12 926	7	54	13 050	12	92	13 190	9	69	13 320	8	60
50) Piratini	19 000	9	47	19 200	4	21	19 428	8	41	19 700	7	36	19 930	14	70	20 190	4	20
51) Porto Alegre	265 185	992	375	269 930	1 027	380	275 678	979	355	281 420	1 091	388	287 160	1 117	389	292 900	1 181	403
52) Prata	21 200	3	14	22 000	2	9	27 744	6	26	23 700	5	21	24 430	3	12	25 330	3	12
53) Quaraí	17 100	37	216	17 150	29	169	17 237	35	20	17 300	44	254	17 400	27	155	17 480	33	189
54) Rio Grande	61 250	194	317	61 500	214	348	61 791	203	328	61 800	228	369	62 120	230	370	62 250	265	426
55) Rio Pardo	35 000	23	66	33 350	32	90	35 696	40	112	36 000	24	67	36 350	28	77	36 740	26	71
56) Rosário do Sul ..	23 500	29	123	33 700	24	101	23 914	40	167	24 230	43	177	24 410	29	119	24 830	37	15
57) Santa Cruz do Sul ..	54 500	15	28	55 000	36	65	55 544	27	49	54 800	18	33	54 980	34	62	55 840	27	48
58) Santa Maria	75 250	129	171	75 750	120	158	76 280	126	165	76 900	122	159	77 410	155	200	78 370	132	168
59) Santa Rosa	81 000	9	11	83 000	10	12	85 245	15	18	88 150	11	12	90 710	9	10	93 240	13	14
60) Santa Vitória	14 000	16	114	14 080	12	85	14 196	8	56	14 350	8	56	14 470	12	83	14 710	8	54
61) Santiago	27 400	24	88	27 700	22	79	28 075	24	85	27 800	20	72	28 190	22	78	28 630	18	63
62) Santo Ângelo	67 500	13	19	68 800	16	23	69 099	16	23	70 750	32	45	72 050	29	40	73 500	22	30
63) Santo Antônio	58 600	4	7	59 200	3	5	59 875	5	8	60 750	7	12	61 490	2	3	62 440	1	2
64) São Borja	29 000	9	31	29 300	22	75	29 939	21	70	30 200	19	63	30 540	11	36	30 910	13	42
65) São F. de Assis ..	20 300	16	79	20 500	9	44	20 537	4	19	20 750	12	58	20 960	13	62	21 240	12	56
66) São F. de Paula ..	29 300	1	3	29 800	12	40	30 332	6	20	30 950	12	39	31 470	11	35	31 900	14	44
67) São Gabriel	41 100	73	178	41 200	80	194	41 324	92	223	41 300	84	203	41 520	75	181	41 860	78	186
68) São Jerônimo	37 900	33	87	38 300	37	97	38 761	46	119	39 300	42	107	39 770	45	113	40 480	56	138
69) São José do Norte ..	17 100	6	35	17 400	8	46	17 744	7	39	17 800	4	22	18 010	1	6	18 320	1	5
70) São Leopoldo	50 800	38	75	51 500	45	87	52 225	47	10	53 250	64	120	54 050	54	100	54 920	61	112
71) São Lourenço	27 800	13	47	28 200	17	60	28 614	10	35	29 000	16	55	29 490	12	41	30 010	9	30
72) São Luiz Gonzaga ..	62 150	8	13	62 550	16	26	62 970	15	24	62 900	16	25	64 310	21	33	56 690	27	48
73) São Pedro	15 000	4	27	15 250	9	59	15 500	8	52	15 850	3	19	16 090	3	19	16 340	8	49
74) São Sepé	20 800	3	14	21 100	8	38	21 412	14	65	21 650	15	69	21 970	16	73	22 330	17	76
75) São Vicente	16 200	5	31	16 400	4	24	16 609	9	54	16 850	8	47	17 060	6	35	17 330	8	46
76) Sarandi							39 388	0	0	40 250	2	5	41 020	1	2	41 900	4	10
77) Sobradinho	28 000	9	32	28 400	6	21	28 764	4	14	29 150	15	51	29 530	12	41	30 180	6	20
78) Soledade	69 100	2	3	69 900	6	8	70 684	11	16	71 600	7	10	72 430	8	11	73 630	4	5
79) Tapes	21 800	7	32	22 100	10	45	22 413	9	40	22 700	4	18	23 010	6	26	23 300	7	30
80) Taquara	53 400	18	34	54 000	22	40	54 628	24	44	55 450	19	34	56 100	15	27	57 000	20	35
81) Taquari	27 100	5	18	27 500	12	44	27 946	11	39	28 450	9	32	28 830	9	31	29 220	14	47
82) Tôrres	20 150	0	0	20 400	1	5	20 637	3	10	28 800	2	10	21 060	3	14	21 350	3	14
83) Triunfo	11 400	4	35	11 600	6	52	11 799	1	8	12 050	1	8	12 230	2	16	12 440	1	80
84) Tupanciretã	20 450	15	73	20 800	17	82	21 208	12	56	21 700	10	46	22 090	10	45	22 440	12	53
85) Uruguaiana	34 950	61	174	35 000	84	240	35 073	93	265	35 300	94	266	35 305	96	272	35 620	93	261
86) Vacaria	32 000	2	62	32 600	10	31	33 295	15	45	32 100	2	6	32 510	15	46	33 600	11	33
87) Venâncio Aires ..	27 700	8	29	28 100	6	21	28 488	7	24	29 200	3	10	29 610	5	17	30 120	7	23
88) Viamão	17 000	4	24	17 200	0	0	17 449	4	23	18 550	7	38	18 780	3	16	19 020	17	89

COEFICIÊNTES DE MORTALIDADE POR 100.000 Hbs. PELA TUBERCULOSE, EM PORTO ALEGRE.

COEFICIÊNTES:

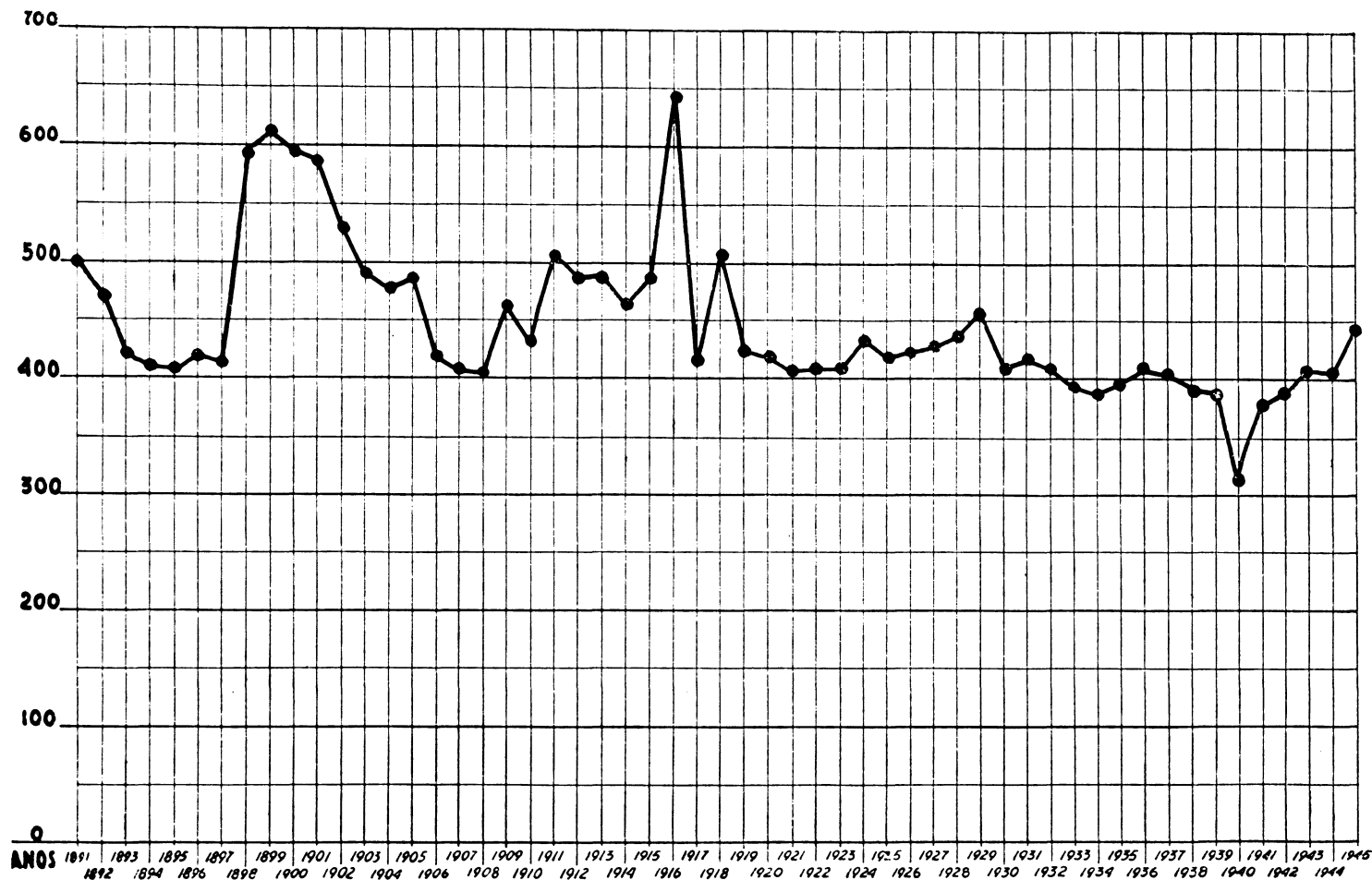


Gráfico n.º 6

Senhores!

Ao terminar esta modesta preleção, exigida do menos credenciado de vossos professores, sentir-me-ei bem compensado se conseguir despertar o interesse de meus jovens futuros colegas para o vasto capítulo das moléstias transmissíveis, especialmente no que tange ao conhecimento apurado da nosologia regional.

Dado o vulto, cada vez maior, da medicina social e da amplitude que dia a dia assume a carreira de sanitarista, certo estou de que em vários de meus discípulos de hoje, terei, mais tarde, colegas de especialização, companheiros diretos na bendita cru-

zada em prol da eugenia e da saúde de nossos patrícios. Porém, mesmo naqueles que seguirem o apostolado da clínica, encontraremos, todos nós, aliados inestimáveis, pois é o clínico, via de regra, a sentinela vigilante que dá o alarme ao perceber, em sua labuta diuturna, os primeiros sinais de acometimento da coletividade pelas doenças que abastardam o indivíduo e a raça.

Aqui como alhures, o mundo melhor cuja aurora temos a ventura de vislumbrar, só atingirá sua plenitude se todos entrelaçarem seus esforços num mesmo anelo de solidariedade social, de viver uma vida sã e nobre, auxiliando-se mutuamente na longa estrada que conduz a êsse ideal fecundo e redentor!