

Assistencia e preservação da infancia contra a tuberculose na idade escolar

Profiloxia — Epidemiologia

Dr. Borba Lupi

Dentre todos os problemas de hygiene pública que exigem acurada atenção, sem dúvida, o mais palpitante é o da Preservação e Assistencia da infância, na idade escolar, contra a tuberculose e respectiva profilaxia na escola.

As medidas que visam o amparo da criança na idade escolar, merecem sérias e eficazes applicações nos países de alta cultura e civilização.

Segundo Simon e muitos outros autores, é na idade escolar, depois dos 10-12 anos, que se constitue a forma mais frequente do início de tuberculose aguda, o infiltramento precoce que se desenvolve, quasi silenciosamente, sem exteriorização clinica apreciavel, sendo mister procurar investigá-lo por meio de exames radiológicos e provas biológicas.

Leon Bernard e Vitry avaliam em 40% o número de crianças que fazem a primo-infecção durante a fase escolar

O Prof. Arcangelo Invento, eminente fisiólogo e sanitarista italiano, attribue o fato á natureza dos estudos escolares, em um período da vida, doutrina ele, em que o organismo se encontra em pleno crescimento e tem a máxima necessidade de ar, luz, movimento e serenidade moral.

O sistema escolar em vigor, em nossa época, condena os adolecentes a uma imobilidade prolongada, em atmosfera, na maior das vezes, viciada, a um trabalho intellectual intenso, agravado, periodicamente, pelos esforços de exames.

Ainda bem que o illustre Dr. Barros Barreto, Diretor do Departamento Nacional de Hygiene, afirma que a tuberculose é o problema número um, para o Brasil, é a doença transmissivel que mais mata.

Nos últimos cinco anos, dos quais já há informações coligidas (1931 a 1935), foi a tuberculose, pelo menos em 6 capitais do Brasil, a primeira de todas as causas de morte. E entre essas capitais estão 4 das maiores cidades:

Belém, Recife, Salvador e Porto Alégre.

Nas duas restantes — Rio e São Paulo — a tuberculose não se apresenta como a maior causante da letalidade local, mas vem logo após as doenças do aparelho digestivo, conquanto, sabidamente, sob

este rótulo, muita tuberculose infantil se encubra. Os coeficientes médios por 100.000 habitantes, nessas capitais, foram, simplesmente, impressionantes!

Paralélas com Rio de Janeiro, se enfiléram: Vitória, Recife, Salvador, Niterói e Porto Alegre, cidades que apresentam exagerado coeficiente, beirando a 400.

Aglutinam-se, em 2.º grupo, est'outras 6 capitais: Fortaleza, Florianópolis, Belém, Bélo Horizonte, Manáos e São Luiz, num coeficiente de 200.

Num 3.º grupo, com mortalidade já considerada alta, alinham-se: João Pessoa, Maceió, Aracajú, Natal e São Paulo, todas com coeficientes acima de 100.

E, numa vista de conjunto, tomando-se, ainda, em consideração o obituário, num total das 20 maiores cidades do país, verifica-se que a tuberculose fez a apavorante cifra de 13.000 óbitos, em um ano!

Computando-se o número total de óbitos no país durante o ano de 1933 e comparando-se-o com o de 13.000, ocorridos no 2.º grupo das principais cidades referidas, chega-se á conclusão de que a tuberculose, segundo cálculos oficiais, ceifou, mais ou menos, 100.000 vidas, em todo o Brasil, em um ano! Esses números astronómicos foram confirmados por cientistas de renome, profundamente conhecedores da matéria, como Clementino Fraga, e foram citados, ainda, pelo professor Barros Barreto, na sessão inaugural da semana da tuberculose, no Rio, com a presença do ministro Gustavo Capanema.

Devemos ainda mencionar que naquele certame o aludido ministro calculou em 300.000 o número de tuberculosos disseminados na população brasileira, número muito inferior áquele que se obtem si avaliarmos que, para cada óbito, se computam 5 tuberculosos contagiantes contemporâneos. Teremos, portanto, quinhentos mil tuberculosos no Brasil! E, para maior concisão, si preciso fôr, 12 tuberculosos para cada 1.000 habitantes.

Com relação á nossa formósa capital, que ostenta um coeficiente entre 350 a 400 por 100.000 habitantes, no obituário total, alinha-se éla em mortalidade entre cidades de clima mais causticante e abrasador e condições alimentares inferiores, como sejam: Belém, Fortaleza, Florianópolis, Bélo Horizonte, Manáos e São Luis.

Vejamos bem — sintetizando: Em Porto Alégre, de clima brando, ameno, e de ótimas condições de alimentação, morrem mais pessoas de tuberculose do que em Belém e Manáos, de clima extenuante e tórrido e com mais parcos recursos para bôa alimentação. São, assim, inferiores os seus coeficientes de mortalidade, em comparação aos de nossa capital.

E estamos, ainda, muito acima, no obituário de tuberculose de cidades como João Pessoa, Maceió, Natal e Aracajú, que ostentam coeficientes pouco acima de 100.

Tudo isso resulta, sem duvida, da indiferença e abandono com que o poder público tem, até aqui, encarado o transcendente problema sanitário do Municipio e do Estado, problema que não déve ser adiado

e ainda menos relegado, para futuro remoto. Enfrentado pelos governos, solução que ora se esboça, dêve-lhe a população sua cooperação e auxilio; aquele, fornecendo meios e elementos de preservação, além da assistência: sta, pela obediência e manifestó interêsse em cumprir leis e regulamentos.

Ha que disseminar escolas, mas escolas que, a par da saúde mental — bôa instrução, — difundam preceitos de hygiene, pois devemos convir que o problema transcendental brasileiro é o da hygiene pública e individual.

E' um problema médico por excelencia, porque sem saúde é difficil, senão impossivel, aprender. E povo sem instrução não poderá produzir inteligentemente. Convenhamos, portanto, que professor e médico têm diante de si a santa cruzada cívica de tornarem forte, sadia e educada a nossa raça.

Todavia, devemos, confessar que até agóra nada se tem feito nas escolas, quanto á assistência e preservação anti-tuberculôsa. Vivem as criancinhas em complêta promiscuidade, sem que se tenha investigado, siquer, quais as sans quais as doentes.

E' necessário organizar um fichário onde constem as condições de vida familiar de cada uma, indo-se até á constatação da existência de tuberculôsos, vivos ou mortos, em seus antecedentes e colaterais, afim de que possam ser melhor observadas as que, pela facilidade de contágio em que houverem vivido ou vivem, estejam mais sujeitas a contrair aquêla infecção, sem, contudo, prescindir-se do exame médico geral.

Em Córdoba, na Argentina, "a culta e doutoral Córdoba", como é denominada, chega o requinte de perfeição escolar até á indagação do salário do pai, número de filhos e aluguel da casa em que vivem. Sabendo-se a relação entre o salário e número de pessoas que habitam o mesmo teto e sob o mesmo amparo, pôde inferir-se quais as criancinhas que, pelas suas condições de habitação, alimentação e meio contaminado ou não, estão mais propensas a adquirir a tuberculôse. Eis porque todas essas particularidades ali se exigem.

A falta absoluta da preservação da criança, na idade escolar, contra a tuberculôse, que até agóra tem sido cometida, não permite fazer, numericamente, o cálculo da percentagem de infetados pela bacilôse, na população escolar entre nós.

Mas, para tornar evidente, por si mesma, a necessidade de tão humana, quão patriótica iniciativa, devemos lançar mão de dados documentais, observados no Rio de Janeiro, onde o serviço, não sendo feito ainda completo, atendendo o número total de escolares, já o é, entretanto, pela excelente organização existente, que se tórna um exemplo digno de imitação e prepara os centros onde se procêde a tais investigações verdadeiros núcleos de estudos e de irradiação doutrinária.

No Rio, o Dr. Martins Pereira verificou, no 8.º distrito escolar, em recente investigação entre 7500 crianças das aulas diurnas, cerca de 270 órfãs de pai ou mãe vitimadas pela tuberculôse, sendo frequentes os casos de ambos falecidos da mesma moléstia.

Estes números — diz o citado profissional — dêvem ser maiô-

res, por não saberem as crianças informar, muitas vezes, a causa da morte de seus genitores.

Idêntica observação fez o professor Oscar Clark, no seu distrito, em 1917, tendo encontrado, em 1000 crianças, 100, com pais doentes ou falecidos de tuberculose.

Os autores científicos concluem que a incidência da tuberculose infantil, no Rio, é elevada e que, passando a maioria dessa população pelas escolas, deve-se, ali, cuidar por todos os meios desse importante problema, afastando, por essa forma, o perigo do contágio entre os próprios colegiais, em vista da convivência íntima que em geral existe.

Oscar Clark, submetendo a exame radiológico 3.600 colegiais do 8.º distrito do Rio de Janeiro, encontrou lesões de natureza tuberculosa em 14% deles, tais como adenopatias, infiltrações, etc! Esses dados foram apurados, numa cidade, como a Capital Federal, com uma população de 2 milhões de habitantes, onde a mortalidade, por tuberculose é de 5000 por ano ou seja um coeficiente de 300 por 100.000, e onde há fiscalização bem organizada e eficiente.

Calcule-se, portanto, o que será de nossa capital, com uma mortalidade de mais de 1.000 obitos de tuberculose, em 1937, diagnosticados, no atestado, fora aqueles cuja certidão não apontou a doença, o que deve aumentar o obituário em mais 20%, causando assim, um coeficiente beirando a 400 por 100.000 habitantes!

Não desejamos lançar palavras que impressionem pelo estilo como são agrupadas. Preferimos clamar com os algarismos, com os dados oficiais do Serviço de Profilaxia Escolar do Rio de Janeiro, estudados, comparados e deduzidos, os quais nos forneceram aquelas conclusões e evidenciaram a flagrante falha de igual e meritório serviço em nossa capital.

Como medida preliminar para investigação da infecção bacilar na criança com idade escolar, impõe-se, em primeiro plano, a pirquetização da população escolar, procedida em cada escola.

Seja-nos lícito, para que o nosso clamor possa obter eco, citar como justificativa os números que se verificaram onde esse serviço é feito sistematicamente.

Clemente Ferreira, em São Paulo, observou os seguintes números de reações positivas, em 100 crianças pirquetizadas:

de 0 a 2 anos	— 4,6.
de 2 a 4 "	— 8.
de 4 a 7 "	— 19.
de 7 a 10 "	— 22.

Por sugestão do acatado tisiólogo Clemente Ferreira, a Inspeção Médico-escolar do Paraná realizou, entre os escolares de Curitiba, a pirquetização de 433 crianças de 6 a 14 anos, obtendo a seguinte percentagem:

de 6 a 8 anos	— 21,4%.
de 9 a 11 "	— 31%.
de 12 a 14 "	— 33,3%.

Pirquetizando as crianças do Abrigo de Menóres de Curitiba, verificou-se que 38% reafirmam positivamente á tuberculina.

Convém salientar que a pirquetização, entre os escolares de Curitiba, foi feita entre crianças aparentemente sans. No Hospital de crianças de Curitiba, os números foram mais séveros e acusaram 62% de reações positivas em crianças pirquetizadas uma só vez. No Rio, ainda, no Instituto Ferreira-Viana, em 316 meninos de 7 a 14 anos de idade, obteve-se o seguinte resultado:

Cuti-reacção negativa — 85 ou 27,2%.

Cuti-reacção positiva — 230 ou 12,8%.

Na Escola Técnica Orsina da Fonseca, foi pesquisada, com a cuti-reacção, a infecção tuberculosa, em 296 meninos, de 8 a 18 anos, com os seguintes resultados:

Positivas, — 230 ou 78%. Entre meninos de 8 a 11 anos, 67% de Positivas.

Pedro Cantonete, em Montevideo, em bem fundamentado trabalho, ressalta a importância de que se revêstem o estudo e a profilaxia da tuberculose na criança em idade escolar, baseado na experiência de seis anos de observação continuada, em 3872 fichas, das quais 1327, ou 34%, pertencem a colegiais de 6 a 12 anos. Destes 1327, um grupo de 391, ou sejam 28%, corresponde a crianças doentes com manifestações clínicas, "radiológicas e bacteriológicas de infecção tuberculosa, esteriozada por adenopatias, infiltrados, pécifocais, pleurisas, cisurites e tuberculosos abertos". Outro grupo é formado por 597 meninos, ou 44%, com manifestações próprias do organismo infectado pelo bacilo de Kock: hipotrofias, ponderais e estaturais, raquitismo, escrofulose" (Textuais). No Uruguai, a Associação Uruguia de Proteção á Infancia, destacando o trabalho desenvolvido pelos refeitórios escolares e pela Colónia Maritima, que d'ella dependem, refere que em nove refeitórios escolares para crianças débeis foram servidos 28.990 almoços, em 1926, subindo até 259.263, em 1935.

Na Colónia Maritima Vera Negra, ingrêssam crianças de ambos os séxos, que, depois de passarem pelos refeitórios, não alcançam o peso e o desenvolvimento exigidos pela idade. Aí permanêcem até a reabertura dos cursos, facultando-se-lhes, além da bôa alimentação, ar e sól do mar.

Convenhamos, ilustres colégas, que vivemos num verdadeiro sítio pelo bacilo fatal. Não se contêste que nem todo aquele que recebeu a primo-infecção bacilar, deva ser fatalmente um tuberculoso evolutivo, nem que, na grande maioria, a infecção se dá entre familiares, na convivência do lar, ao abrigo do mesmo tétó. Cumpre investigar os casos de reacção positiva á tuberculose. A criança, com reacção positiva, déve ser protegida da convivência de adultos bacilares. Segundo Myere e Hill, é de 10 a 20% a percentagem da incidência de formas evolutivas, mais tarde, na idade adulta, o que vale a dizer quão importantemente saneadora é a providência da separação desses casos, dos de tuberculose aberta, o que só se poderá conseguir pelo exame sistemático, clínico e radiológico, dos adolescentes.

Daí a inegavel eficácia da investigação dos antecedentes fa-

miliares e do meio em que vivem as crianças, sabido que a reinfeção bacilar, fará desabrochar uma forma evolutiva.

Nunca se poderá dizer que outras entidades nosológicas, impondo pesado tributo á população escolar, corram quasi paralelas á tuberculose.

No Preventório Escolar Colon, L. M. Petrillo, estuda os dados mais empolgantes do exame clínico, entre os quais destaca:

“A desnutrição, hipertrofias, estigmas de raquitismo, adenoidismo, asmáticos, antecedentes de afecções respiratórias frequentes, enfermidades gastro-intestinais, alimentação artificial exclusiva no primeiro ano, antecedentes tuberculosos paternos ou de ambiente, antecedentes infecciosos, etilismo e heredo-sifilis”.

O elemento que mais se destaca, entre todos é a desnutrição, 76,1%, só ou com hipotrofia. As distrofias são citadas por heredo-sifilis em 6% ; por alcoolismo 32% ; por alimentação artificial exclusiva, no primeiro ano, 16% ; por processos gastro-intestinais graves, nos primeiros anos, 27% ; debilidade congênita, 9,7%, todas, causas que levam á tuberculose pela predisposição orgânica que determinam.

E, do total das crianças, 45% conviviam com pais tuberculosos; 38%, com familiares tuberculosos” (Textuais). Isso, ilustres colegas, num centro onde se faz profilaxia e onde o conjunto e a sinergia de todos os serviços de luta anti-tuberculosa, são modelares.

E, por ser modelar e por se fazer investigação, chega-se áquelas conclusões. Que será então, numa capital e num Estado, onde nada até agora se tem feito?!

Alenkrause, estudando as cifras de mortalidade tuberculosa de Nova York, entre os anos de 1915 a 1920, das estatísticas coligidas deduz: “que a espécie humana tem uma resistência natural, inata, grande, frente á tuberculose, porém, que ésta, uma vez adquirida, não só não reforça éssa resistência, senão, ao contrário, a diminue”.

Chester Stewart, de Mineapolis, escreveu e argumentou em um trabalho publicado em The Journal of The American Association (8 de abril de 1938), sob o titulo: “Uma infecção primaria representa proteção adequada contra a tuberculose, tipo adulto?, trabalho baseado em copiosa série de observações de crianças, tiradas dentre mais de 10.000, examinadas e controladas, durante um decênio, em Lymanhurst, e chega á seguinte conclusão: **estudos de contróle durante 10 anos indicam que a infecção primária é claramente prejudicial, já que altera a resistência normal natural do individuo á tuberculose, de forma que em lugar de ser capaz de sofrer novamente o tipo primário benigno de tuberculose, está condenado ao desenvolvimento da tuberculose, si o individuo é re-infectado com êxito, por via endogena ou aerógena.** O único método pelo qual se póde prevenir a tuberculose é pela preservação contra a infecção bacilar.

Nyers, chega á conclusão: “que a unica atitude racional consiste em proteger os seres humanos de qualquer idade, contra o contagio”.

Isac Wolaj, da Universidade de Córdoba, "Lições sobre epidemiologia da tuberculose", diz: "O conceito de que os habitantes das povoações onde a tuberculose atúa, desde largos anos, adquirem gradualmente uma resistência específica contra a enfermidade, em oposição às características malignas da mesma, nos ambientes virgens, ou pouco atacados, foi submetido, nestes ultimos anos, a uma revisão".

Igualmente, modificou-se o conceito de que 95% dos adultos que vivem nos grandes centros, estão infectados de tuberculose. Cada dia é maior o número de alérgicos negativos constatados pelas provas tuberculônicas, em exames sistemáticos, praticados nos dispensários.

Autores nórdicos, como alguns franceses, dão uma cifra de tuberculos negativos, que oscila entre 20 e 30%.

Assim: 1.^o — Deante do exposto, há provas documentais, epidemiológicas, clínicas e radiológicas, de que será vantagem, para o adulto, ter adquirido a primo-infecção na infância? "Nos últimos anos, autores franceses, em particular, e alguns outros observadores estrangeiros vêm registrando, justamente, naqueles centros de alta densidade urbana, crescentes casos de primo-infecção em adulto.

Adeantam os referidos autores que éssa forma de tuberculose, ao contrário do estabelecido, é muito mais frequente do que em geral se imagina.

Esta constatação é muito importante, não só porque subverte conceitos clínicos, patogênicos e até epidemiológicos, terapêuticos e profiláticos, até aqui tidos como bacilares, como também sugere e comporta medidas de ordem prática da maior revelância médico-social". "Clemente Ferreira)".

O Dr. L. Pasquier em sua tese, sobre "L'age de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant parisien", após comparar curvas tuberculínicas, obtidas entre as crianças de Paris, conclue que a proporção dos alérgicos revelada pela cuti-reacção, da primeira infância á adolescência, é, acentuadamente, menor, do que há vinte anos.

O autor explica o fato pela diminuição do número de doentes ou por outra, a menor percentagem de alérgicos revelados pela cuti-reacção, seria a consequência natural da luta anti-tuberculosa, cujos efeitos são comprovados através de estatísticas de mortalidade e morbidade.

"Daí a diminuição da frequência do contágio tuberculoso na infância e consequentemente maiores possibilidades do aparecimento da primo-infecção, na idade púbere e no adulto".

Já o Dr. J. P. Nalbant fazia resaltar que em virtude da intensificação da luta anti-tuberculosa e do menor número de crianças expostas á contaminação por pais tuberculosos, a quota de adolescentes que se infeta, tende a diminuir e "quando mais tarde" esses adolescentes contraem a doença apresentam em geral o tipo infantil de tuberculose, forma que, diz, raramente necessita de qualquer colapso-terapia, pois o seu prognóstico é quasi sempre bom.

Na ipidemiologia da tuberculóse déve ser ainda levada em conta uma fase em que ao caráter verdadeiramente epidêmico ségue-se outra em que a doença toma o aspêto endêmico: é o periodo de declinação da tuberculóse, periodo a que já atingiram algumas nações de alta cultura e civilização.

Na primeira, se caracteriza pelo elevado indice de mortalidade, enquanto o de morbilidade permanece baixo.

Para tanto influem providências sociais de caráter profilático e terapêutico. Diminuindo a mortalidade, eléva-se relativamente o coe-ficiente de morbilidade.

Há ainda fatos importantes que carécem da melhor atenção e da mais apurada observação.

O Dr. Luiz Ontaneda, após examinar 3.170 alérgicos e passar em revista 33.000 radiografias obtidas no cadastro radiológico do exército argentino, conclue "que a primo-infecção tuberculósa no adulto **não pro-duz**, na maioria dos casos, alteração pulmonar do tipo chamado can-cro de inoculação, visível ao R.X."

Autores franceses e americanos, que se ocupam do assunto, atri-buem á primo-infecção do adulto um prognóstico quasi sempre benigno ou mesmo muito benigno, a ponto de não necessitar maiores cuidados terapêuticos, além do repouso, bôa alimentação e meticação tônica e estimulante.

O fáto de não ter ainda uma cidade ou capital atingido o pe-ríodo de declinação da tuberculóse faz com que o número de indivíduos alérgicos seja de alta percentagem sobre o total da população.

E' o que acontece no Rio de Janeiro, que atinge no presente seu máximo de tuberculização.

Na capital do país, estudos recentes, baseados em 3186 cuti-reações dão para o adolescente entre 15 e 16 anos de idade a cifra de 82,4% de alérgicos, o que autoriza a supor uma proporção de cento por cento de infectados para a população adulta.

No Serviço de Fisiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, após um cuidadoso estudo, num total de 5.509 observações foi só encon-trado, catalogado, um caso de primo-infecção-bacilar tardia.

Trata-se de um conscrito chegado do Ceará, onde morava, pró-ximo á cidade de Sobral, lugar pouco ou nada tuberculizado. Era um jóven de 21 anos, robusto, sem antecedentes familiares tuberculóso. Teve evolução clínica de granulia generalizada, terminando por uma meningite. Cumpre que se diga: indivíduo que saiu de seu meio habi-tual, da sua vida bucólica, para se entregar aos pesados encargos do serviço militar, que o debilitaram, expondo-o como melhór presa de qualqúer infecção.

2.º — As fórmas anátomo-patológicas e clínicas da tuberculóse de primo-infecção da infância são diferentes das de rein-fecção do adulto

Fórmas localizadas e fórmas generalizadas de tuberculóse pôdem verificar-se em todos os estados do seu ciclo evolutivo e em todas as idades. Para nós, diz Clemente Ferreira, não há propriamente fórmas infantis, do adolescente e do adulto.

E' frequente observarem-se na criança todas as fórmulas chamadas do adulto, como, nestes, as da criança".

- 3.º — A noção clássica de que a primo-infecção do adulto e do adolescente instala fórmulas de caráter evolutivo grave e até malignas estará em parte revista pelas mais recentes observações epidemiológicas?

E' o caso das tropas senegalesas que se expatriaram para ser localizadas no "front," e dos contingentes canadenses.

Segundo, Isaac Wolaj, da Universidade de Córdoba, professor de Epidemiologia e fisiólogo, contribuíram fatores, como deslocamento do indivíduo de seu "habitat" para novo meio de vida, sacrifícios físicos e morais, decorrentes da vida militar em guerra, alimentação deficiente em qualidade, e talvez em quantidade, tudo levando a meditar sobre os efeitos que tais fatores diminuindo as resistências e defesas do organismo, produzem.

- 4.º — "No processo anatómico da tuberculose do pulmão deve ser incluída a influência que sobre o seu caráter exerce a histo-arquitetura do órgão". (Clemente Ferreira).

Segundo Stefkó, o caráter anátomo patológico da tuberculose do pulmão é função da histo-arquitetura do órgão. Os trabalhos de Strukow "demonstram que a evolução da histo-arquitetura do pulmão se subdivide em quatro partes.

As tres primeiras englobam os diversos processos do órgão, como o acino e o estroma. Na quarta fase produz-se o crescimento das partes já diferenciadas.

"A estrutura do pulmão até segunda infância caracteriza-se pela espessura do tecido intersticial. O tecido intersticial constitui-se de uma rede importante de vasos linfáticos os acinos e os trajetos alveolares. Com o tempo, o tecido intersticial se adelgaça e os linfáticos desaparecem em grande parte. A riqueza do tecido pulmonar infantil em elementos não diferenciados da mesenquima desaparecem e esclarece porque nos meninos as infiltrações celulares tuberculosas têm um caráter essencialmente linfoide, com ausência de qualquer reação produtiva". Daí a razão porque nos hipo-evoluídos, nos hipo-plásticos, entre 20 a 40 anos, pode observar-se o tipo infantil do processo tuberculoso. "A propagação faz-se por via linfática, os tuberculosos são "tubérculos infantis". (Mac-Donel — R. Fernandes).

"A riqueza do tecido pulmonar em elementos não diferenciados da mesenquima esclarece porque nos meninos as infiltrações celulares tuberculosas têm um caráter linfoide com ausência de qualquer reação produtiva".

Dessa documentação histo-arquitetânica do órgão não poderá deduzir-se então que o processo de primo-infecção no adulto devesse ser mais benigno do que na criança?

E o mesmo raciocínio se aplica às raças. Stefkó e seus colaboradores, "conseguiram verificar ser a tuberculose pulmonar e dos gânglios linfáticos, nos Mongóes, Buriáticos, nos Ostíacos, nos Jakou-

tés, interessante pelas particularidades anátomo-patológicas que se relacionam não só com os fatos imuno-biológicos, mas também com verificações da anatomia picroscópica dos órgãos de indivíduos dessas raças, mostrarem neles uma série de distinções de estrutura, o que lhes determina imagens e reações anátomo-patológicas da tuberculose diversas das de outros povos e portanto, diferentes formas clínicas”.

Já se vê que toda essa diferenciação micro-anatômica, nas crianças, nos hipoevoluídos, nos atrasados, nos distróficos, displênicos, acrescida á agressão microbiana, em qualidade e em quantidade, e ás reações imuno-biológicas peculiares a cada idade, e a cada raça, faz meditar na revisão de conceitos epidemiológicos até aqui tidos como clássicos.

Poper e Aubert, em recente trabalho publicado na “Revista de Tuberculose” (Abril de 1938) titulado “Tuberculino-Reações e Calcificações”, chamam a atenção sobre o fato de que em muitos dos alérgicos negativos a radiografia demonstra calcificação pulmonar, sendo que a tuberculino-reação conserva todo o seu valor como test de infecção tuberculosa e que de acordo com as noções clássicas admitidas por todos os fisiólogos, as calcificações gângli-pulmonares quasi sempre são consequência da infecção tuberculosa, que os focos calcificados não albergam bacilos vivos e virulentos nos alérgicos negativos para entreter o estado de alergia de primo-infecção tuberculosa. Isso pleiteia, que nem mesmo quando a cuti-reação é negativa pôde-se excluir que a criança tenha sido presa da primo-infecção, o que só a radiografia sistemática virá elucidar.

Daí:

- 1.º — O contágio dá-se habitualmente durante a infância e condiciona o aparecimento de manifestações morbidas mais ou menos demonstráveis. A tuberculose do adulto está em relação com a tuberculose infantil, sendo evidente a influência da super-infecção exógena no determinismo da tuberculose post-primária;
- 2.º — O desenvolvimento e a gravidade de um processo de tuberculose em uma criança dependem da qualidade, quantidade, frequência e sucessão de contágio. Quanto ao ponto de vista profilático, ser-nos-á suficiente recordar a grande importância do contágio como difusão da doença, sem esquecer de cuidar o terreno. Em síntese, o problema profilático deve ser encarado sob o duplo aspecto: Profilaxia de exposição e profilaxia de disposição. Cabe aos governos resolverem a equação. A ciência médica já colheu com bases epidemiológicas, anátomo-patológicas, clínicas ou higiênicas, da cultura e do patriotismo de seus prosélitos, a orientação documentadamente certa para assistência e tratamento da tuberculose.

Pesa sobre os poderes organizados a responsabilidade da profilaxia e preservação. Kattondit, em um trabalho publicado em Zeitsch, sobre tuberculose sob o titulo: “E’ preciso estirpar a tuberculose”.

chega á conclusão de que a tuberculose pôde ser extinta em praso de 60 anos e acredita que isso se conseguiria evitando novas infecções, depois da morte ou da cura dos doentes existentes. A pesquisa das fontes de infecção e a alimentação delas, pelo isolamento e o tratamento adequado, não só impêdem a estensão da tuberculose como eliminam a enfermidade. Roessle estudou, em trabalho proceedido nos dispensários de Oslo, onde existe a declaração obrigatória dos casos de tuberculose abêrta, tirando uma conclusão sumamente sugestiva de que a diminuição da mortalidade daquêla cidade teria por causa primordial o aperfeiçoamento do tratamento e não uma diminuição da morbilidade. Tratamento aperfeiçoado melhóres resultados, menor letalidade. Profilaxia ineficiente — não diminuição de morbilidade.

Na Inglaterra, o relatório do Chêfe da Oficina Médica, 1919, conclue, tambem, em diminuição da mortalidade, porém não da morbilidade e admite que o diagnóstico precôce e os progressos realizados no tratamento diminuem a letalidade, curando, prolongando a vida, e a enfermidade dos tuberculosos.

E ainda com relação aos doentes que são tratados, estudando a proporção entre a letalidade e a mortalidade, “o conceito clássico de que a mortalidade por tuberculose é maior nas cidades do que no interior, tem sido submetido nestes últimos anos a uma revisão:

Chodzko, em 1932, em trabalho publicado no “Bulletin Office International Hyg. Publ.”, traz documentos de um grande interesse, deprendendo-se que nos últimos anos a mortalidade seria maior na campanha do que nas cidades, nos meios rurais maior do que nos meios industriais.

Fátos análogos foram constatados na Escócia e na Bélgica. Consequentemente, melhor tratamento, menor letalidade relativa. O problema, na ância do aperfeiçoamento, tem bastante auferido da ciência e á classe médica cumpre aperfeiçoar a profilaxia. Aquele cabe á classe médica, ésta — aos poderes constituídos.

Concluimos, para eficiente profilaxia e preservação da criança, na idade escolar, aproveitando alguns itens de Pedro Cantonet ao referir-se, ao seu país:

1.º — que a tuberculose em nôssô país é a enfermidade de maior morbilidade e maior mortalidade;

2.º — a luta anti-tuberculosa mais importante é a que se refere á profilaxia e á proteção da criança;

3.º — de seis a 12 anos são muito frequentes as manifestações evidentes, discretas ou latentes da infecção;

4.º — é uma etapa da vida da criança em que com maior facilidade se pôde fazer obra efetiva anti-tuberculosa;

5.º — Toda criança ao ingressar na escola dêve possuir a ficha de saúde, onde se nôtem os principais dados clínicos sociais, vacinações efetuadas, etc.;

6.º — A todo escolar dêve ser praticada, ao ingressar na escola, a anti-reação e repeti-la tantas vezes quantas necessárias;

7.º — Si éla foi positiva, dêve ser seguida de exames radioscópico e rádio-gráfico;

8.º — Si a cuti-reacção é negativa, poder-se-á propor aos pais da criança a vacinação anti-tuberculosa pelo B. C. G.;

9.º — Em cada escola deve existir, pelo menos, uma visitadora escolar, afim de facilitar a colaboração entre o médico-escolar e os professores; entre o meio em que vivem as crianças, e os serviços de “depistage”, preventórios etc.;

10.º — Ensino simples e elementar sobre noções de hygiene geral, afim de despertar no escolar o que se chama “Consciência Sanitaria”, de ação benéfica para o futuro;

11.º — Exame médico, periódico, obrigatório para o pessoal docente;

12.º — Exame médico completo nos alunos;

13.º — Creação de cargos de médicos especializados, trabalhando em conjunto harmônico com todos os serviços de preservação e assistência anti-tuberculosa;

14.º — Edificação escolar adequada;

15.º — Escolas ao ar livre para crianças débeis;

16.º — Melhorar a alimentação da criança, criando refeitórios em número suficiente;

17.º — Fazer a propaganda e a educação anti-tuberculosa;

18.º — Estender o serviço da profilaxia das escolas publicas ás particulares;

19.º — As escolas particulares que compórtem mais de 100 alunos, sejam compelidas a ter um médico;

20.º — Seja ésta necessidade estendida aos jardins de infância, onde a promiscuidade é mais pronunciada;

21.º — Creação de Dispensarios infantis, especialmente destinados á população escolar, providos de todo o material.

Está em foco uma série de problemas de ordem médica, higienica, social, cultural.

Em nosso pas sópra a aura da mentalidade renovadora.

Já se avalia o capital humano, tão precioso como as riquezas materiais.

Do eminente Sr. Presidente da Republica, por ocasião da visita que S. Exa. fez à Diretoria da Fundação Belém, ouvimos que o governo federal, olhava com particular atenção todos os problemas que se relacionam com a tuberculose, tendo enviado um emissário, a ésta capital, ilustre médico sanitaria, para estudar e coordenar as medidas de origem privada e governamental das quais umas estão em estudo e outras em vias de realização. Ao mesmo tempo, o ilustre ministro da Educação e Saúde, Dr. Gustavo Capanema, prestigiará com a sua presença, ocupando a presidência de sua mesa, ao proximo Congresso Regional de Tuberculose, que deverá realizar-se no mês proximo, no Rio. Em nossa capital, já se érgue, em meio de uma grandiosa realidade, a Fundação Belém, a par dos serviços de Protecção e Assistencia a Tuberculose já em execução e inicio da completa organização, esboçada pelo benemerito Governo do Estado, sob direção do ilustre higienista dr. J. Bonifacio Paranhos da Costa.