

IRITE E DAGRIOCISTITE CRÔNICA

DR. FRANCISCO SPADARO JUNIOR — Tupã

Aprendemos nos bancos academicos nos orientar perante um doente, levando em consideração os mínimos detalhes, quer da história contada pelo paciente, quer do exame clínico que realizamos. O que pretendo, entretanto, é demonstrar que a atenção cuidadosa que nós, oculistas, dispensamos a um exame clínico, quasi sempre nos salva de incorrermos em crassos equívocos, nefastos para o médico e para o doente; para o médico porque entra em jôgo a sua reputação, para o cliente porque, além de dispensar somas as vezes fabulosas em uma medicação inutil, ve-se na contingência (o que quasi sempre acontece) de agravar-se o seu mal.

Sabemos perfeitamente o valor que representa para um diagnóstico exato, a observação cuidadosa de um reflexo pupilar; conhecemos também de sobrêjo a importância do sistema nervoso nas astenopatias acomodativas, em que muitas ocasiões o oculista desatencioso e apressado receita um par de óculos, quando na realidade, as vezes cederia simplesmente com a administração de uma certa quantidade de vitamina B1.

O que irei relatar não é de maneira alguma desconhecido pelos nobres colegas da arte oculistica, e nem tão pouco passa em brancas nuvens pelas páginas dos tratados de oftalmologia. Meu escopo é simplesmente êste: "a atenção que devemos emprestar ao exame do paciente".

Quando nos deparamos com um caso de irite ou uma inflamação do trâto uveal, se fôrmos consultar nossa biblioteca, observaremos o seguinte: quanto à etiologia pesquisar os fôcos de infecção — dentes, amigdalias, seios frontais e maxilares, etc., exames de laboratório para lues, provas da tuberculina, gonofixação, etc.

OBSERVAÇÃO:

JACENIR BALMONTE, idade, 10 anos; residente em São Luiz do Pará; informa • pequeno paciente, auxiliado pelo seu progenitor, que, há meses, sente dôres em OE, com diminuição da acuidade visual. Procurou um especialista, que lhe receitou uma pomada antisética, sem resultado. O mesmo instituiu um tratamento local e geral, também sem melhorias. No dia em que consultou, foi notado por mim o seguinte: Conjuntivas, clínica e aparentemente normais; cornea, infiltração difusa de cor leitosa; câmara anterior da iris. Esta se apresentava deformada, em mióse e dura face anterior da iris. Esta se apresentava deformada, em mióse e du-

ra à insidência de um feixe luminoso. Coloração e disposição das trabéculas alteradas e diferentes da do lado oposto. Exame do FO: impossível a realização deste exame, em virtude da opacidade dos meios. Exames complementares: sôro diagnóstico para lues — negativo; radiografia dos possíveis fócos de infecção — negativa; prova da tuberculina — negativa. Foi realizada a extração das amidalas por se mostrarem um tanto hipertrofia-das (possível causa da moléstia). Resolvi, então, instituir um tratamento local e geral, à base de penicilina, proteínas estranhas e bismuto, embora encontrar-se o exame de sangue negativo. Houve sensível melhora com esta terapêutica, notada imediatamente. Como havia necessidade do paciente frequentar as aulas numa cidade próxima, não pude mais comparecer em meu consultório afim de continuar a observação. Receitei um antisético local e institui um tratamento anti-infecioso geral. Depois de uma semana volta ao consultório queixando-se que a vista tinha peiorada. Resolvi, assim, recolher o material da secreção ocular, logo pela manhã, ao levantar-se. Remeti para o laboratório, o qual constatou a presença de inúmeros germes piogenos o que me levou à conclusão que a afecção poderia ter partido do saco lacrimal, que, todavia, apresentava-se normal, sem nunca o paciente haver se queixado de qualquer perturbação do mesmo. Comprimindo a região do saco, nada afluía através do ponto lacrimal. Iniciei, a despeito deste fato, lavagens do canal, diariamente, com solução de penicilina e, após uma semana, a cornea tinha se clareado mais e o paciente revelara sinais de melhora na visão. Sem demora, procurei proceder a extirpação do saco lacrimal, certo de que a causa não seria outra; e assim foi feito. Decorridos trinta dias à operação, a cornea apresentava-se macroscopicamente normal, sendo digno de se notar a rapidez de reabsorção dos exudatos sobre a face da cornea e iris. Acuidade visual: 5/10 — Acuidade visual anterior: contava dedos.

CONCLUSÃO:

Aí está um detalhe que poderia escapar a qualquer colega que não se dispusesse o observar e estudar minuciosamente o aludido caso. A penetração dos germes através à câmara anterior processava-se ininterruptamente pelo mesmo mecanismo quando instilamos atropina e notamos a mediase rápida e duradoura. Recordaremos que jamais poderemos chegar a um diagnóstico exato se realizarmos a colecta dos achados clínicos, de uma maneira rápida e desinteressada. É conveniente finalizarmos esta desprenciosa e apagada colaboração, com aquele conhecido e velho adágio: "a pressão é inimiga da perfeição".