

Tracoma frusto, tracoma dubium, conjuntivite suspeita?

J. M. ROLLEMBERG SAMPAIO — Rio Preto — Estado de S. Paulo.

A propria extensão do titulo diz da confusão do assunto. Todos os oculistas estão acostumados a vêr clientes que se queixam, principalmente, de lacrimejamento quando lêem ou fixam durante algum tempo um determinado objeto e intensa vermelhidão dos olhos quando saem do cinema. Tem visão ótima para longe e quando não emetropes, são portadores de insignificantes e discutíveis astigmatismos. Fotofobia e secreção, pequenas ou nulas.

Pela eversão da palpebra superior nota-se a conjuntiva tarsal vermelha, mas geralmente lisa; tarso fino, a consistencia normal e na conjuntiva do fundo de saco superior, alguns foliculos *duros*. Conjuntiva bulbar igualmente congesta mesmo no anel peri-limbico subindo um pouco sobre todo o limbo; na parte superior os vasos têm uma disposição particular, dando a idéa, às vezes, do verdadeiro “panus tenuis”. Entre as crianças um sinal muito comum é um piscar exagerado, impressionante para os circunstantes. Tudo o que se tem escrito a respeito de tais casos tende a concluir que tais doentes são portadores de tracoma e arranjam um adjetivo dissonante para o qualificar: *frusto*. O quadro morbido que recebeu o nome de tracoma ainda não é perfeitamente conhecido, pois tendo a sua causa ignorada, nem mesmo se sabe si será uma molestia ou simplesmente afecção.

Nestas condições creio que, mesmo sem isolar o nosso *frusto* ou *dubium* do capitulo do tracoma, deveriamos estudá-lo melhor, à parte. Não ha duvida que uma grande diferença clinica entre o frusto e o tracoma verdadeiro inicial ou I de Mac-Callan. Neste ultimo já se esboçam os foliculos moles na conjuntiva tarsal superior, esta tem um aspéto mais embaçado e rugoso e, sinal importante, a blefaroptose que dá o classico olhar triste do tracomatoso, logo aparece. Não se nota, absolutamente, no tracoma frusto, a tendencia a passar aos estados seguintes do tracoma verdadeiro. Com tratamento ou sem ele os fenomenos subjetivos desaparecem sem deixar vestigios, ou permanecem com uma rebeldia desanimadora, mas em um numero de casos muito grande (eles são de aparecimento diario nos consultorios) não vi um que manifestasse alguma tendencia para a evolução classica do tracoma. O tracoma frusto é comunissimo em pessoas da cidade ou de habitos higienicos e educação mais elevados, mas tambem os ha entre os rurais; com o tracoma dá-se justamente o contrario, mas creio que isto não justifica a asserção de que a limpeza é que entrava a molestia. Quem não conhece uma porção de casos de tracoma *bravo* entre gente fina? O quadro morbido que estamos discutindo é frequentemente associado à blefarite seca e não parece ter relação alguma com o pterigio; este ultimo é enconradição

entre os chauffeurs de olhos constantemente irritados, mas que não têm os tais vasos verticais nem fotogobia. A rebeldia ao tratamento é outro ponto a considerar. No tracoma classico o doente *sempre* melhora com um tratamento ou outro; no frusto ou dubio nada ha que contente ao medico ou ao cliente a não ser uma pequena e pouco duradoura melhora após os primeiros curativos com nitrato de prata. As sulfamidas que, no minimo, trazem sempre ao tracomatoso uma grande enforia pela supressão dos sintomas subjetivos; são nos casos em questão um completo fracasso. O numero destes enfermos (não merecem outro nome) é enorme, pelo menos aqui em Rio Preto, não contando os que de nada se queixando, entretanto lá têm escondidos os sinais comprometedores. Si tudo isso fôr tracoma, o problema é sem solução.

Seria interessante que um oculista de uma zona tracomatosa como a nossa e por conseguinte, prevenido, fosse observar em região indeme a existencia ou não destes frustos. Seria um bom argumento pró ou contra a identidade das duas doenças. Tais clientes são eternos queixosos dos oculistas. Começam usando todos os colírios que o radio ou os jornais anunciam, vão depois aos especialistas que experimentam uns oculos que de nada lhes servem e no fim deixam ficar como está. . .

Como agir com estes doentes? Si eles vêm já descrentes de outros consultorios onde lhes receitaram oculos ou diferentes colírios, costume, logo após a revisão da refração, lançar de inicio a bomba: tracoma! Aceitam com resignação o diagnostico e sujeitam-se aos curativos, a eterna esperança!

Quando me aparecem em primeiro lugar não lhes falo naquela palavra arrepiante e simplesmente adopto a tatica de prende-los para curativos diarios, velho sistema que permite observação cuidadosa sem repostas comprometedoras. Nitrato a principio, sulfato de cobre depois. . .

Em pretos ainda não vi um *frustro*. Em resumo, podemos dizer que, embora sob multiplos aspétos (inicial, gelatinoso papilar ou cicatricial) o tracomatoso tem um facies que se denuncia “anche a distanza” como diria o saudoso Prof. Bovero. Esse aspéto, esse facies, não existem no tracoma duvidoso.

Perturbações oculares no diabetes

FRANCISCO AIRES — Rio de Janeiro.

Em conferencia realizada na Policlínica Geral do Rio de Janeiro em 1932, Gabriel de Andrade que foi, na expressão justa de Belfort Matos, *um dos príncipes da cirurgia ocular brasileira*, afirmava que, numa pro-