

INCIDÊNCIA DE MOLESTIAS TROPICAIS OCULARES NOS
ESTADOS DE SÃO PAULO, MATO GROSSO E PARANÁ'

Dr. JOSE' LUIZ LEMOS DA SILVA — São Paulo

Fomos indicados pela Sociedade de Oftalmologia de São Paulo para relator do tema «Incidência de Moléstias Tropicais Oculares», nos Estados de São Paulo, Paraná e Mato Grosso.

Sôbre o Estado do Paraná entramos em contacto com vários colegas e de acôrdo com o professor de Oftalmologia da Universidade daquele Estado, Dr. Leônidas Ferreira, foi indicado o livre docente Dr. Leônidas Ferreira Filho para co-relator do assunto nesta parte e que logo depois terá oportunidade de relatar.

Sôbre o Estado de Mato Grosso escrevemos para todos os colegas oculistas daquele Estado e até mesmo para o presidente da Sociedade Médica em Cuiabá, e só tivemos a grata resposta do Dr. Manoel Guimarães, de Campo Grande. Êste também procurou entrar em contacto com nossos colegas de lá, nada tendo conseguido.

* Apresentado no IX Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

Sua estatística é a seguinte:

√ Leishmaniose: Blefaro-conjuntivite	2
Querato-conjuntivite	1
Dacriocistite	1
	—
TOTAL	5
√ Lepra: Conjuntivite	5
Querato-conjuntivite	2
Irite	1
Coroidite	2
Uveite	1
	—
TOTAL	11
√ Pênfigo-foliáceo: Blefaro-conjuntivite	1
√ Paludismo: Coroidite	1
Berne: Pálpebra superior	5
Pálpebra inferior	12
Peri-orbitário	2
	—
TOTAL	19
√ Picadas de insetos: Pálpebras (marimbondos, mosquitos e abelhas)	9
Conjuntivita bulbar (formiga)	1
	—
TOTAL	10

Como se vê é uma estatística pequena, mas que demonstra boa vontade e que representa em Campos, uma das maiores cidades do Estado de Mato Grosso, a incidência de Moléstias Tropicais Oculares naquela região.

Sobre o Estado de São Paulo procuramos pessoalmente todos os Serviços de Oftalmologia, não só da Capital e também de Campinas. Sobre outras cidades escrevemos para **todos** os colegas oftalmologistas, cerca de 140, de tôdas as zonas do Estado. A maioria não nos respondeu, mas tivemos a atenciosa e informadora resposta de diversos, cujos dados nos foram de grande valia, servindo para fazer um quadro da incidência de Moléstias Tropicais Oculares no interior de nosso Estado.

O nosso trabalho baseou-se no fichário assim distribuído:

	Fichas
Santa Casa (Enfermaria de Olhos de Mulheres — Serviço do Dr. Jacques Tupinambá)	162.842
(Enfermaria de Olhos de Homens — Serviço do Dr. Pereira Gomes — Chefe Interino Dr. Durval Prado)	19.500
Hospital das Clínicas (Serviço de Olhos do Professor Dr. Cyro de Rezende)	40.000
Escola Paulista de Medicina (Professor Dr. Moacyr E. Alvaro) Clínica de Olhos ..	90.000
Instituto de Tracoma e Higiêne Visual	170.000
Clínica Camargo (Campinas)	44.500
Instituto Penido Burnier (Campinas)	259.645

Também nos valem os fichários de várias Clínicas particulares, inclusive a nossa, cerca de 30.000 fichas, e de outros serviços com os quais estamos em contacto constante, sobretudo na Santa Casa nas diversas enfermarias de Clínica Médica, Pediatria, Enfermaria de Dermatologia (Dr. Humberto Cerrutti) e ambulatório de Dermatologia (Dr. J. Bicudo Jr.). Também nos valem os fichários bibliotecários do Dr. Waldemar Belfort de Mattos, e das Estatísticas do Serviço de Pênfigo Foliáceo e do Departamento de Profilaxia de Lepra.

A nossa dificuldade foi grande, pois muitos serviços não possuem diagnóstico nosológico, obrigando-nos ao manuseio de ficha por ficha, para se encontrar os casos que mais nos interessavam.

A Incidência de Moléstias Tropicais Oculares no Estado de São Paulo não é grande.

Começando por verminoses vamos falar sôbre filariose, de que encontramos um único caso, operado pelo Dr. Penido Burnier em Campinas (1921), de localização sub-conjuntival de OE, e confirmada pelo laboratório de que se tratava de *Filaria Bantcrofti*.

Sôbre esquistomose ocular nada encontramos em nossas estatísticas e como contribuição pessoal podemos dizer que militamos em uma indústria de São Paulo, cuja população operária é de cerca de 6.000, com admissões e saídas na média de 30 pessoas por dia, e pertos de 90% dos quais são provenientes do Nordeste, em zonas infestadas pelo *Schistosoma Mansoni*-Pirajá da Silva. Já temos mais de 100.000 pacientes registrados, e num inquérito há pouco tempo realizado encontramos cerca de 25% portadores de esquistomose, quer por exame de fezes, quer por reação de complemento (Farley). Pois bem, num espaço de mais de 12 anos, nada encontramos que se relacionasse com perturbações oculares e aquelles trematódios.

Sôbre ancilostomiase, ascaridiose, oxiurose, tricocefaloses não encontramos referências dignas de nota, havendo trabalhos esparsos e poucos.

Mesmo nos serviços de Clínica Médica ou de Pediatria Clínica, não encontramos dados sôbre lesões oculares causadas por êstes vermes. Não encontramos cataratas que se pudesse relacionar aos Nematelmintos. Nem hemorragias de retina, amaurose ou nistagmos. Encontramos referências a estrabismos, mas contados pelos pacientes, que dizem ter havido coincidência da eliminação da verminose e a alteração do equilíbrio muscular do globo ocular.

Sôbre triquinoses também não encontramos referências de alterações oculares.

Os vermes platelmintos já nos interessam sobretudo, sobretudo os cestódios ciclofilídeos que são as tênias *equinococcus* e *tênia solium*. Sôbre equinococose ocular ou quisto hidático não encontramos trabalhos de alteração no aparelho visual.

Sôbre tênia solium muito nos interessa a cisticercose ocular.

Achamos a seguinte incidência:

Santa Casa (Enfermaria de Mulheres ..	Vítreo	1
	Retina	3
Santa Casa (Enfermaria de Homens) ..	Retina	4
Clínica Camargo (Campinas)	Vítreo	1
Dr. A. Di Migueli (Presidente Prudente)	Vítreo	1
	Retina	1
Instituto Penido Burnier (Campinas) ..	Vítreo	93
	Retina	58
	Sub-hialoieo	14
	Sub-conjuntival ..	7
	Câmara anterior .	2
	Órbita	1
	Pálpebra	1
	Saco lacrimal	1
<hr/>		
TOTAL		188

Inegavelmente a maior porcentagem cabe ao Instituto Penido Burnier, onde ainda encontramos a seguinte distribuição dos cisticercos oculares:

OD — 87
 OE — 83
 AO — 3
 OD — 2 (duplo)
 OE — 2 (duplo)

Sôbre a idade temos o seguinte:

0 a 9 anos — 32 casos
 10 a 19 " — 53 "
 20 a 29 " — 37 "
 30 a 39 " — 33 "
 40 a 49 " — 11 "
 50 a 59 " — 8 "
 60 a 69 " — 3 "

Ainda sôbre verminose temos a citar um caso recente do Dr. Adolfo Krug Filho, anatomo-patologista do Hospital das Clínicas, muito ligado à nossa especialidade. Trata-se de uma menina de 5 anos que teve um processo infeccioso de OE, diagnosticado como pseudo-glioma, sofrendo depois a enucleação. Feita a lâmina anatomo-patológica foi identificado uma larvã de nematódio intra-ocular, fato raro, talvez o único em nosso país. Este fato também foi confirmado por analistas americanos, para quem também foi enviado os dados.

Sôbre a parte de micoses oculares temos poucos casos a relatar, pois a incidência destas afecções no globo ocular não é grande.

Temos um caso do Dr. Fábio Belfort, de Blastomicose conjuntival e auricular, publicado em 1930 no São Paulo Médico. Belfort Mattos apresentou um caso de blastomicose em 1929.

A. Bussaca publicou 2 casos de canaliculite por estreptotricose na Oftalmologia Íbero-Americana, vol. II, pág. 196.

Martins Rocha no VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia cita um caso de Streptorix ocular do Instituto Penido Burnier.

Carlos S. Thiago apresentou um trabalho no I Congresso Brasileiro de Oftalmologia sôbre Botriomicose Palpebral, bem documentado, com todos exames anátomo-patológicos.

Sôbre esprototricose temos um trabalho de A. Fonseca na Revista Oftalmológica de São Paulo, 1931, com localização palpebral. Em 1936 Nelson de Souza Campos publicou um caso semelhante. Tratava-se do Sporotricum Beurmanni. No Instituto Penido Burnier encontramos 4 fichas e na Enfermaria de Olhos de Mulheres da Santa Casa encontramos 2 fichas também com o diagnóstico de esporotricose palpebral.

Como se verifica a incidência de cogumelos nas afecções oculares é bem pequena, tratando-se em regra de observações esparsas, casos isolados, e bem estudados.

Nada encontramos sôbre paracoccidiose, cromomicoses (uma única observação do Prof. Hilton Rocha, mas de Belo Horizonte), actinomicoses, rinosporidioses ou sobre tinhas.

Sôbre as Protozooses temos em primeiro lugar as leishmanias, moléstia verdadeiramente tropical, muito comum em nosso Estado, sendo chamada a úlcera de Baurú, que é muito comum no «hinterland».

Encontramos as seguintes referências:

Santa Casa (Enfermaria de Olhos de Mulheres)	
Querato-conjuntivite de OD	1
Querato-conjuntivite de OE	1
Pálpebra superior de OE	1
Santa Casa (Enfermaria de Olhos de Homens)	
Pálpebra	12
Conjuntiva	3
Instituto Penido Burnier	
Saco lacrimal de OD	1
Saco lacrimal de OD e pálpebra inferior	1
Região superciliar de OD	1
Lesão nasal e irido-ciclite de AO	1
Dr. Geraldo Nogueira Leite (Assis)	
Pálpebra	2
Dr. A. Di Miguéli (Presidente Prudente)	
Pálpebra	7
Dr. Helion de Melo Oliveira (S. José do Rio Preto)	
Pálpebra	1

TOTAL	32

Todos os casos são de leishmaniose secundária, sobretudo de origem nasal. Há um só caso de leishmaniose primitiva palpebral, publicada pelo Dr. Penido Burnier Filho em 1939.

Sôbre a Tripanosomíase americana, também chamada Moléstia de Chagas em homenagem ao nosso cientista pátrio que a identi-

ficou e a estudou em tôdas as suas fases, temos os seguintes informes:

Dr. Geraldo Nogueira Leite (Assis)	10
Dr. Edson Pinho (Barretos)	4
Dr. Jorge Lavras	5
<hr/>	
TOTAL	19

Todos os casos acima são do Sinal de Romana (edema palpebral unilateral e conjuntivite) o também chamado sinal de olho. Na capital do Estado são poucos os casos citados, talvez por só aqui chegarem casos crônicos, sem alterações oculares, ao passo que no interior onde geralmente se dá a infestação, são mais encontrados os casos de sinais oculares, pois se diz que o Sinal de Romana, corresponde ao lugar da entrada da larva injetada pelo triatoma.

Todos os oculistas do «hinterland» paulista são unânimes em declarar a diminuição da Moléstia de Chagas, não só por hábitos mais saudáveis da população, moradias mais higiênicas, derrubada de matas em grande escala, o que concorre muito para destruição do hospedeiro portador da larva, o barbeiro, *Triatoma megistae*, veiculador do *Schizotrypanum Cruzi*.

Sobre as Virozes a nossa estatística é a seguinte:

VARICELA:

Dr. Nilmo J. Sirio (Santo Anatócio)	
Úlcera superficial da córnea	2
Dr. Geraldo Nogueira Leite (Assis)	
Querato-conjuntivite superficial	3
Dr. A. Di Migueli (Presidente Prudente)	
Úlcera superficial da córnea	37
Dr. Jorge Lavras (Botucatu)	
Úlcera da córnea com leucoma posterior	1
Dr. Edson Pinho (Barretos)	
Hiperemia conjuntival	10
<hr/>	
TOTAL	53

VARIOLA:

Dr. A. Di Migueli (Presidente Prudente)	
Úlceras da córnea	2
Dr. Jorge Lavras (Botucatú)	
Úlcera da córnea	1
	<hr/>
TOTAL	3

ALASTRIM:

Dr. A. Di Migueli (Presidente Prudente)	
Úlcera superficial da córnea	3

Os cuidados higiênicos nas viroses, que mais atacam a infância, com desinfecção constante das mucosas, inclusive a ocular, o uso de anti-bióticos, conseguiram evitar quase que por completo a incidência de afecções no aparelho visual.

Sobre **MALARIA** temos o trabalho de T. Falcão, em torno de um caso de Nevralgia facial de origem palustre, publicada em São Paulo (1928).

A. Fonseca publicou em 1930 o trabalho sobre perturbações oculares de origem palúdica.

Ciro de Rezende relatou um caso de hemorragia retiniana de origem palúdica e outro sobre contribuição brasileira ao sinal ocular de Goldfeder no diagnóstico da malária crônica e larvada (1930 e 1936).

Souza Martins em 1931 publicou um caso de hemorragia macular de origem palúdica.

Não temos observações recentes, apesar de termos investigado em todos os serviços de Clínica Médica, procurando casos de malária e suas alterações oculares, nada tendo encontrado digno de nota, a não ser a simples hiperemia conjuntival, passageira e com referência ao ataque pirético. Não tivemos oportunidade de ver ou de ser mencionadas as possíveis consequências palúdicas como hemorragias da retina ou nevralgias.

Houve época que São Paulo era um dos mais atingidos por malária, mas as medidas de saneamento, drenagem de águas, destruição de focos de mosquitos, conseguiram extinguir quase por completo a incidência do impaludismo. Eis o motivo de escassearem no presente as possíveis alterações oculares.

Sobre **LEPRA** e suas alterações oculares, nosso trabalho versa sobre os mais diversos relatórios dos oculistas de São Paulo, abrangendo cerca de 42.000 pacientes fichados no Serviço de Profilaxia da Lepra no Estado de São Paulo. Atualmente existem 7.000 leprosos, distribuídos pelos 5 sanatórios do Estado: Aimorés, Padre Bento, Santo Angelo, Pirapitinguí e Cocais.

São lesões oculares muito bem estudadas e classificadas, pois a observação dos pacientes é logicamente mais fácil, pela obrigatoriedade de internação, e o estudo de sua afecção poderá ser mais bem controlado.

Num admirável trabalho publicado em 1939, Mendonça de Barros fez uma rigorosa classificação do comprometimento ocular da Lepra, com todos os seus pormenores clínicos e anatômicos, cuja incidência foi a seguinte:

Lesões corneanas	52 %
Lesões irianas	33 %
Lesões paralíticas	0,9 %
Lesões esclero-límbicas	4 %

Mas o quadro de afecção ocular da lepra modificou-se ultimamente com o uso das sulfonas e dos anti-bióticos, que felizmente conseguiram revolucionar e em grande parte resolver a terapêutica de tão malfadada moléstia, e portanto modificar completamente o quadro de lesões do aparelho visual.

Hoje em dia podemos dizer, repetindo as palavras de Francisco Amêndola, verdadeira autoridade no assunto, que as lesões oculares são quase inexistentes. Os que se encontram, são de pacientes antigos, já marcados indelêvelmente pelo *mycobacterium leprae*.

Antes da éra sulfônica era comum se ver nos Sanatórios um grande número de cegos, quer por queratites dos mais diversos tipos, nodoso ou miliar, secundárias às paralisias do orbicular, ou de irites, tipo agudo ou crônico, difusas ou miliares, e que fatalmente levavam o paciente à cegueira certa.

Sobre **PÊNFIGO FOLIÁCEO** o panorama pouco se modificou, por não se ter ainda encontrado medicação ativa para tal afecção. Assim as lesões encontradas outróra, são praticamente as mesmas atualmente.

Nosso trabalho se refere a cêrca de 1.196 pacientes registrados no Serviço de Pênfigo Foliáceo e estudados ho Hospital Adhemar de Barros, entidade especializada naquela moléstia.

Temos a seguinte estatística sôbre êste assunto e sua influência no órgão visual:

Porcentagem de incidência ocular« 57 %

Lagoftalmo	2 %
Pseudo-ptose palpebral	4 %
Entropion	4,5 %
Lesões palpebrais	8 %
Conjuntivite crônica	5 %
Bolhas corneanas completas	1,5 %
Bolhas corneanas rompidas	2,5 %
Queratites superficiais	4 %
Leucomas da córnea	6 %
Panus corneal	2,5 %
Irites	12 %
Cataratas	5 %

O nosso trabalho baseou-se sôbre o estudo de Francisco Amêndola na Separata de Manifestações Oculares do Pênfigo Foliáceo, 1947, e que muito nos ajudou em suas observações.

Sôbre as manifestações oculares produzidas por animais, sobretudo os insetos temos uma série grande de observações, pois o nosso país, sendo grande o numero de Dipteros, portadores das mais diversas larvas, e que poderão trazer afecções para o lado do aparelho visual.

Sôbre BERNE encontramos as seguintes referências:	
Santa Casa (Enfermaria de Olhos de Mulheres)	
Canto interno de OD	2
Saco lacrimal de OE	3
Saco lacrimal de OD	4
Pálpebra	5
Santa Casa (Enfermaria de Olhos de Homens)	
Saco lacrimal de OE	2
Pálpebra	5
Instituto Penido Burnier	
Canto interno de OD	25
Canto interno de OE	12
Canto interno de AO	1
Idade de 0 a 5 anos — 21 casos	
Idade de 6 a 10 anos — 4 casos	
Idade de 11 a 20 anos — 1 caso	
Dr. Jorge Lavras (Botucatú)	
Pálpebra superior	16
Pálpebra inferior	4
Canal lacrimal	1
Caruncula	1
Dr. Edson Pinho (Barretos)	
Pálpebra e órbita	30
Dr. A. Di Migueli (Barretos)	
Pálpebra e órbita	123
Dr. Geraldo Nogueira Leite (Assis)	
Pálpebra e conjuntiva	60
Dr. Nilmo J. Sirio (Santo Anastácio)	
Pálpebra e saco conjuntival	30
(São 28 casos de latentes, 1 de criança e 1 de adolescente).	
Clínica Camargo (Campinas)	
Pálpebra e conjuntiva	152
TOTAL	478

Ainda sôbre Berne temos o caso fatal apresentado pelo Dr. Deoclécio Ramos, de Mirassol, na Semana Neuro-Oftalmológica de 1927, de uma criança de 18 meses.

Sôbre **MIASE OCULAR** temos em primeiro o trabalho de Pereira Gomes, com perto de 40 casos, entre clínica particular e hospitalar, onde faz um profundo estudo desta afecção ocular produzida pela *Dermatobia hominis* ou *D. cyaniventri*.

As estatísticas que recebemos do interior foram as seguintes:

Dr. Nilmo J. Sirio (Santo Anastácio)	
Santo interno	1
Clínica Camargo (Campinas)	
Cavidade orbitária eviscerada	2
Dr. Geraldo Nogueira Leite (Assis)	
Conjuntiva	2
Dr. A. Di Migueli (Barretos)	
Canto interno	7
Órbita	4
Dr. Jôrges Lavras (Botucatu)	
Caruncula	1

F. Muller publicou em 1937 um caso de dacriocistite crônica por miase nasal.

E. C. Falcão também apresenta um caso de miase palpebral e Fleury da Silveira com Pereira Gomes um outro sôbre miase da caruncula.

Também é muito fácil a explicação desta afecção ocular ser mais encontrada no interior, pois além dos hábitos higiênicos serem menores, há maior quantidade de dipteros, ao lado da vida ao ar livre, em contacto com animais, onde as moscas se infectam e transmitem a moléstia.

Sôbre outros animais que podem trazer alterações oculares temos as aranhas, os escorpiões, as taturanas (lagartas de fogo), que podem trazer alterações diretas quando de localização no apa-

relho visual, não esquecendo as formigas, ou de origem geral pela toxidez de seus venenos. Infelizmente não temos observações do assunto, a não ser as citadas na literatura, mas que sem dúvida hão de haver em grande número. Entre êstes devemos incluir os acidentes que podem ser provocados nos rios, com as enguias e as sanguessugas, e que também não encontramos incidência.

Há uma estatística sôbre picadas de outros insetos, como abelhas, marimbondos, que se não trazem cegueira, pelo menos uma série de fenomenos irritativos bem desagradáveis.

Dr. A. Di Migueli (Presidente Prudente)	
Picada por abelha na pálpebra superior	44
Picada por abelha na conjuntiva bulbar	2
Dr. Geraldino Nogueira Leite (Botucatu)	
Lesões palpebrais por abelha ou marimbondos	2
Dr. Nilmo J. Sirio (Santo Anastácio)	
Edemas palpebrais por insetos não identificados	12
Dr. Edson Pinho (Barretos)	
Idem	30

Outro assunto ainda pouco estudado é ação do veneno do sapo sôbre os olhos, pois êste bufanídeos secretam um liquido irritante para as mucosas, como bem demonstraram A. Gallo e Celso de Toledo num caso de uma criança que apresentava forte hiperemia conjuntival, infiltração moderada da córnea, midriase e diminuição do reflexo fotomotor. Êstes autores também fizeram trabalho experimental sôbre cães, demonstrando a ação irritante do veneno do sapo.

Outras afecções oculares são produzidas pelas picadas de cobra venenosa, das mais variadas espécies e muito comuns em nosso Estado. São lesões dos mais diversos tipos, variando desde a cegueira passageira à total e dependendo do tipo da Thanatophidia.

Numa estatística feita de 1902 a 1937 no Instituto Butantan, encontramos a seguinte incidência de acidentes oculares:

Espécie	N.º de acidentes	Acidentes oculares	Porcen- tagem
<i>Crotalus terrificus terrificus</i>	643	387	60,1 %
<i>Lachsesis muta</i>	13	7	53,7 %
<i>Bothrops cotiara</i>	64	16	25 %
<i>Micrurus corallinus</i>	12	3	25 %
<i>Bothrops jararacussu</i>	610	121	19,8 %
" <i>alternata</i>	351	61	17,5 %
" <i>neuwiedii</i>	203	25	12,3 %
" <i>jararaca</i>	2707	277	10,2 %
" <i>atrox</i>	91	4	4,4 %

Moacyr E. Alvaro no seu trabalho de Veneno de Cobra em Oftalmologia, cita numerosas observações sôbre lesões oculares produzidas por picadas dos ofídios.

Durval Prado verificou uma placa de cório-retinite finamente pigmentada numa paciente que 2 anos antes havia sido picada por *B. jararaca*, tendo ficado cega até a aplicação do soro curativo.

T. Falcão refere um caso de um japonês que ficara cego e surdo por picada de serpente não identificada.

J. Brito, numa observação de 80.000 pacientes cita 2 casos: no primeiro havia anoftalmus direito em consequência de picada de cobra no próprio globo ocular e o segundo atrofia bulbar de um lado e catarata sub-luxada de outro, e que o doente alegava ser produzida por mordedura de uma cobra.

Souza Martins observou cegueira, hemorragias conjuntivais e edema da córnea num paciente picado por *Crotalus t. terrificus*.

Pereira Gomes, em 60.000 pacientes particulares e 30.000 hospitalares, num período de 26 anos, viu um só caso de manifestação ocular por picada de cobra, *Crotalus t. terrificus*, com hemorragias conjuntivais, edema da córnea e ligeira hemorragia da retina.

M. Alvaro, entre os doentes de sua clínica particular e hospitalar cita um só caso de picada de serpente e perturbações oculares, passageiras, sem lesões de fundo de olho, e num indivíduo já picado 16 vezes pela *Crotalus t. terrificus* e que sem dúvida havia adquirido imunização natural. No seu trabalho experimental no Instituto Pinheiros fez várias observações sobre o coelho, sobre a ação e a possível terapêutica do veneno de cobras venenosas.

O Dr. Jorge Lavras (Botucatú) nos enviou um caso de ambliopia tóxica por picada de cascavel.

Embora não tenhamos observações, não podemos deixar de citar a ação dos vegetais que às vezes podem ser causadores de moléstias oculares, entre estes o polen, a ipecacuanha, a podofilina, o óleo de croton etc., e que se traduzem por fenômenos irritativos de ordem local.

Há outros vegetais que trazem perturbações gerais à distância e que podem se refletir nos órgãos visuais como a beladona com sua atropina, o acônito, a santonina etc..

Terminando o nosso trabalho temos a acrescentar que se trata de um encargo ingrato, tão difícil, pela falta de informações, pelos fichários incompletos, mas foi o que pudemos conseguir. Sem dúvida é uma estatística pequena, porém, que poderá dar uma idéia geral da Incidência de Moléstias Tropicais no Estado de São Paulo.

BIBLIOGRAFIA

- CESARIO DE ANDRADE — Oftalmologia Tropical.
- T. FALCÃO — Em tôrno de um caso de nevralgia facial de origem palustre — Semana Oftalmo-neurológica — São Paulo — 1928 — pg. 160.
- A. FONSECA — Perturbações oculares de origem palúdica — An. de Oculista do Rio de Janeiro — 1930 — pg. 399-401.
- C. REZENDE — Hemorragia retiniana de origem palúdica — An. de Oc. do Rio de Janeiro — 1930 — pg. 395-398.
- C. REZENDE — Contribuição brasileira ao sinal ocular de Goldfeder no diagnóstico da malária crônica e larvada — I Congresso Argentino de Oftalmologia — 1936 — V II — pg. 626.
- A. SOUZA MARTINS — Hemorragia macular de origem palúdica — Rev. Oftalmologia de São Paulo — V I — 1931 — pg. 177.
- A. BUSSACA — Queratites nas Leishmanias — I Congresso Brasileiro de Oftalmologia — 1937 — pg. 261.
- A. BUSSACA — Parasitos intestinais na etiologia de doenças oculares — I Cong. Bras. de Oft. — 1937 — pg. 289.
- PENIDO BURNIER FILHO — Observação de um caso de Leishmaniose primitiva da pálpebra — Arquivos do I. P. Burnier — Campinas — 1939 — pg. 225.
- ARTHUR NEIVA e J. FLORENCIO GOMES — Biologia sôbre Berne — Anais Paulista de Medicina e Cirurgia — 1917 — pg. 197.
- E. C. FALCÃO — Miiase palpebral determinada pela Dermatobia cyaniventris — Semana Oftalmo-neurológica — São Paulo — 1928 — pg. 146-166.
- F. MULLER — Dacriocistite crônica por miiase nasal — I Congresso Bras. de Oftalmologia — 1937 — pg. 235.
- PEREIRA GOMES e FLEURY DA SILVEIRA — Sôbre um caso de miiase caruncular por Oestrum ovis — Semana Oftalmo-neurológica — São Paulo — 1928 — pg. 369.

- PEREIRA GOMES — Considerações sôbre miiases oculares — Arquivos Brasileiros de Oftalmologia — 1940 — V III — pg. 259-268.
- C. REZENDE e A. PERET — Miiases oculares — Rev. Oft. de São Paulo — 1931 — V I — pg. 236.
- SPLENDORE A. — Contribuição para o estudo das miiases — Rev. Med. de São Paulo — 1907 — pg. 398.
- M. ALVARO — Prurido ocular e verminose — Rev. Bras. de Medicina — V 10 — pg. 738-739 — Outubro, 1953.
- M. ALVARO — Veneno de cobra em Oftalmologia — Separata dos Anais do Instituto Pinheiros — Janeiro, 1939 — V II.
- FLORIANO DE ALMEIDA — Micoses oculares — Resenha Clínico-Científica — Setembro de 1950 — pg. 339.
- A. BUSSACA — Considerações sôbre 2 casos de canaliculite por Streptotricose — Oftalmologia Ibero-Americana — V II — pg. 196.
- C. S. THIAGO — Sôbre um caso de Botriomicose — I Cong. Bras. de Oftalmologia — 1937.
- MARTINS ROCHA — Micoses oculares — VII Congresso Brasileiro de Oftalmologia — pg. 179.
- FABIO BELFORT — Blastomicose conjuntival e auricular — São Paulo Médico — 1930.
- A. FONSECA — Esporotricose palpebral — Rv. Oft. de São Paulo — 1931.
- NELSON DE SOUZA CAMPOS — Esporotricose palpebral — Revista da Associação Paulista de Medicina — 1936.
- A. CARINI — Caso agudo de M. Chagas em uma criança de Maracá — Arquivos de Biologia — São Paulo — 1945 — pg. 27-28.
- L. V. DECOURT, J. B. FREITAS e ROMEIRO NETO — Alterações cardíacas na M. Chagas — Revista do H. Clínicas — São Paulo — 1946 — V I.
- S. E. PESSOA, J. O. COUTINHO e S. MOREIRA — Sôbre um caso de M. Chagas (forma aguda) em Pedregulho — São Paulo — 1941 — Revista Clínica — pg. 5-7.

- A. A. TUPINAMBA' — Tripanosomiase americana — Rev. Oft. de São Paulo — 1941 — pg. 52.
- ALCIDES DEL CIELO — Afecções oculares produzidas por animais e plantas venenosas — Arquivos Brasileiros de Oftalmologia — 1946 — pg. 10.
- ARMANDO GALLO e CELSO TOLEDO — Oftalmia de origem bufonídica — Anais do III Cong. Bras. de Oftalmologia — Oftalmos — III — pg. 187.
- MEYER E MAZZEI — Pênfigo Foliáceo — I Cong. Bras. Oft. — 1937 — pg. 265.
- F. AMÊNDOLA — Manifestações oculares do Pênfigo Foliáceo — São Paulo — 1947.
- J. M. BARROS — Aspectos clínicos do comprometimento da Lepra — São Paulo — 1939.
- B. PAULA SANTOS — Parasitos animais do aparelho visual — São Paulo — 1948.