

INFECÇÃO FOCAL EM OFTALMOLOGIA (*)

FEREIRA GOMES — São Paulo.

Um dos mais interessantes capítulos da história da medicina destes últimos quarenta anos é o que se refere à doutrina da infecção focal. Teve papel preponderante, inconteste, e perseverante, de pioneira nesse sentido, a oftalmologia americana. A teoria, tão simples e tão sedutora, por meio da qual um foco infectuoso, localizado e circunscrito em certos pontos do organismo, possa produzir e entreter um processo mórbido à distância, foi a princípio recebida com reserva, e em certos meios, com desconfiança e manifesta hostilidade. Difícil, aliás, de compreender esta hostilidade, especialmente entre os oftalmologistas, que sempre aceitaram como verdade irrefutável, a existência da oftalmia metastática, que é, *grosso modo*, um processo perfeitamente semelhante ao da infecção focal.

Houve especialistas, entretanto, como também associações científicas, principalmente em países europeus, que resistiram, e ainda hoje frouxamente resistem, à aceitação franca dessa doutrina.

Arruga, por exemplo, para citar um dos mais abalisados oftalmologistas atuais, numa conferência sobre "Relações entre a oftalmologia e a odontologia", pronunciada no "Colégio de Odontólogos", de Barcelona, em 22 de maio de 1930, mostrou-se extremamente reservado, taxando de empíricas as relações entre essas duas entidades e considerando raríssimas as afecções oculares de origem dentária.

O mesmo Arruga, entretanto, admitindo a teoria, alguns anos mais tarde, noutra conferência feita em 1936, em São Paulo, na Escola Paulista de Medicina, já dizia que dois terços das afecções oculares por infecção focal dependiam de origem principalmente dentária.

Passada, porém, a primeira fase de negativismo, característica dos primeiros anos deste século, mas durante a qual a teoria foi pouco e pouco se impondo, e se enriquecendo pela abundância de provas clínicas e de laboratório, sobretudo clínicas, a reação que se seguiu foi a inversa, isto é, a de um entusiasmo incontrolável, exagerado e prejudicial, subordinando grande número de processos mórbidos à influência da infecção em foco. E foi então aquela avalanche de casos e mais casos, de patogenia duvidosa, tratados pela extirpação de dentes e de amígdalas em boas condições, ou pela intervenção, muitas vezes ineficiente e desnecessária, em seios paranasais ou de pequenos focos mais afastados.

Hoje, bem pesados todos os dados da questão, estamos em face do bom senso, e se já ninguém mais duvida desse truismo, universalmente reconhe-

(*) Conferência pronunciada no dia 29 de Setembro de 1944 na reunião conjunta da Sociedade de Oftalmologia de São Paulo e Secção de Higiene e Medicina Tropical da Associação Paulista de Medicina.

cido e aceito como verdadeiro, todos nós agimos com mais ponderação e discernimento. Os próprios alemães, que foram dos mais renitentes, acabaram por criar para a infecção focal denominações variadas entre as quais “Infecção crônica septicêmica” e “Sepsis lenta”.

De fato, nós podemos, os oftalmologistas, repartir com verdade as palavras de Mario Castex, do seu trabalho “La oral sepsis”, de La Prensa Médica Argentina, de 10 de agosto de 1930, e citadas por Octacílio Lopes, no seu recente livro “A Oftalmia Simpática” (pg. 61): “Tenemos, repetidas veces, la rápida desaparición de irites prolongadas y recidivantes, ni luéticas, ni tuberculosas, consideradas como reumáticas, al eliminar la infección dentária”.

Vale a pena, pois, acompanhar, passo a passo, essa interessantíssima história da qual focalizaremos, entretanto, os lances principais, estudando de passagem os argumentos e as provas a favor e contra a teoria.

Não seria possível, entretanto, rememorar a fase histórica da questão no período que precedeu a bacteriologia e sobretudo a radiografia, porque, se assim fôra, teríamos de começar por Hammurabi, 2.000 anos antes de Cristo, quando tratava da associação de afecções oculares e dentárias, no seu “Quadro de Moléstias”, conforme nos diz Joseph Gaida, de St. Cloud, Minnesota.

Aliás, convém frizar o entusiasmo dêste especialista americano, quando disse, nessa conferência, realizada na Academia de Oftalmologia e Oto-Laringologia de Minnesota, em março de 1939, que é melhor extirpar todos os dentes da boca, do que sacrificar um globo ocular, porquê um olho artificial não tem visão, ao passo que uma dentadura bem adaptada exerce perfeitamente a função mastigadora, afirmação essa que provocou protestos gerais, por ser inadmissível que se condenem dentes que não estejam infectados ou imprestáveis, ou que mesmo assim possam ser reparados e curados.

Por outro lado, não vamos levar em conta neste trabalho as afecções oculares ocasionadas pela invasão ou pela infiltração de lesões de visinhança, agindo por contiguidade ou por continuidade. São as lesões, já de há muito conhecidas, que se propagam por via óssea ou periosteal; e que, partindo do fóco, alcançam as paredes orbitárias, constituindo então o ponto de partida de numerosas e graves agressões de todos os tecidos e componentes do aparelho visual, com abscessos, flegmões, trombo-flebitas e nevrites retrobulbares.

O que temos por principal objetivo é a infecção focal, conceito patogênico original introduzido em ciência por William Hunter, em 1901, no seu trabalho “Oral sepsis as a cause of disease”, logo a seguir desenvolvido e amplamente explanado por Billings e Rosenow.

No dizer de Alan Woods, no seu trabalho recente “Focal Infection”, publicado no American Journal of Ophthalmology, número de dezembro de 1942, e do qual nos utilizamos de alguns dados, foram espetaculares as

experiências de Rosenow, entre 1910 e 1916, já por nós citadas em conferência que pronunciamos na “Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas”, em 20 de maio de 1927, e na qual, além de várias de nossas observações, resumimos os conhecimentos até então admitidos nesse particular pela oftalmologia americana.

Rosenow conseguiu a reprodução de moléstias várias das articulações, do endocárdio, da vesícula biliar, do estômago, do duodeno, dos olhos e de outros órgãos, pela injeção de bactérias isoladas de alvéolos de dentes infectados. Do mesmo modo foi notável a revisão pormenorizada do assunto, feita por Billings, nesse mesmo ano de 1916, na sua conferência intitulada “Focal Infection”.

Temos a satisfação de afirmar que nos preocupámos em São Paulo com esse problema desde 1915, aceitando e propagando pela primeira vez no Brasil essa tentadora teoria.

Seja-nos permitido recordar, mais uma vez, que fomos nós que inspirámos os dois primeiros trabalhos aparecidos sobre o assunto em São Paulo: “Nevrite retrobulbar por infecção dentária” do Dr. Francisco Figueira de Melo, em 1920, apresentado à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e “Afecções oculares de origem dentária”, tese doutoral do Dr. Rogério Marcos Silva, defendida perante a Faculdade de Medicina de São Paulo em 1926. Para esses dois excelentes trabalhos fornecemos os dados e as nossas observações clínicas. Digamos, de passagem, que em São Paulo foram os clínicos que primeiro aceitaram e puseram em prática a teoria, antes dos cirurgiões.

Habituaamo-nos, desde 1915, a pesquisar na gênese de variadas afecções oculares, uma possível infecção focal, principalmente nos dentes, além dos exames habituais clínicos e de laboratório. E' que tínhamos a convicção, que ainda hoje mantemos, de que as infecções focais, mesmo quando não sejam as causadoras únicas de determinados processos mórbidos, agem como factores predisponentes, de concausa, agravadoras de tais processos. Conservamos, bem vivo na memória, por exemplo, o caso de distinto engenheiro (Dr. H. S.), que sofreu em 1932, de uveíte do olho direito, perfeitamente diagnosticada como luética, e que, em pouco mais de um mês, de tratamento local adequado, e do tratamento geral feito com bismuto e nuro-salvarsam, teve o seu mal agravado com tal violência, que a visão do olho lesado, que era de oito-décimos, passou à contagem de dedos a um metro, ocasião em que já não conseguíamos mais observar os caracteres do fundo de olho. Acabara, entretanto, o paciente, alguns meses antes, de extrair todos os dentes da arcada dentária superior, com exceção de dois molares, que serviam de suporte a uma ponte admiravelmente ajustada, e pela qual o paciente contava ter pago uma fortuna. Pedimos a radiografia desses dois molares com protesto do paciente, que nada sentia, e do dentista, que cometera a falta gravíssima de esquecer-se dessa particularidade, antes da confecção da

prótese. Foi verificada, em uma das raízes do primeiro molar superior direito, enorme granuloma. Extraído esse dente, a uveíte começou a ceder em poucos dias, e a cura processou-se pela continuação de tratamento específico.

Se naquela época considerávamos perigosa, por exemplo, as intervenções cirúrgicas intra-bulbares sem a eliminação de uma possível infecção focal, hoje ainda exercemos nesse sentido o mesmo rigor. Não compreenderíamos nos tempos atuais o clínico que descurasse desse particular no tratamento de afecções reumatismais e outras, ou o cirurgião que sem esses cuidados realizasse uma intervenção de alta cirurgia em qualquer órgão da economia, como por exemplo no estômago e no duodeno.

Os especialistas que se mostravam cépticos na aceitação da doutrina, argumentavam por várias fórmulas, baseados na interpretação realmente difícil dos fatos, que, por serem de ordem clínica, fugiam do domínio da experimentação. Exigiam a demonstração da existência concorde e simultânea dos germens no ponto de partida do foco, no sangue, e no órgão afetado. A exigência tinha e tem a sua razão de ser, mas a respectiva prova dificilmente poderia ser conseguida. Assim, se o foco for bem acessível, a colheita dos germes é fácil; já o mesmo não acontece com o sangue, que nem sempre é captado no momento propício, de modo que as hemoculturas são negativas, convindo assinalar, de um lado, que o sangue pode ser veiculador apenas de toxinas, ou de produtos de desintegração, ou, por outro lado, que só de longe em longe seja portador de quantidades mínimas de germens; mesmo, porém, que fossem vencidas essas duas dificuldades, isto é, isolados os germens do foco e verificada a bacteriemia transitória, não seria possível atingir a lesão secundária que nos preocupa, muitas vezes inatingível, como é o caso de quase todas as afecções oculares.

Estas considerações são feitas na hipótese da infecção se processar por via sanguínea, mas a ação infectuosa pode também ser carregada por via linfática, ou por ambas conjuntamente. A infecção por via hematogena é a mais comum, realizando-se por metástase tóxica-bacteriana do foco à lesão secundária; ao passo que a infecção por via linfógena se processa diretamente do foco primitivo aos gânglios linfáticos adjacentes, que se constituem em novos reservatórios infectuosos a considerar.

Convém repetir, ademais, o sabido conceito de que o globo ocular, posto que entretenido ligações sanguíneo-linfáticas, nervosas e outras, com os demais órgãos da economia, oferece uma barreira defensiva muito eficaz contra os germens e as toxinas oriundas de uma infecção focal, mas, vencida essa barreira, a lesão se instala e daí por diante assume autonomia na sua evolução, podendo ou não desaparecer após a erradicação do foco. E este foi mais um argumento contra a infecção focal: o foco foi extirpado e a afecção continuou. Este fato pode produzir-se com relativa frequência, ou porque as lesões não são exclusivamente dependentes da infecção focal, havendo outros fatores patogênicos, ou porque, como acabamos de dizer, a afecção secundária já assumiu um desenvolvimento autônomo de regressão demorada, ou mesmo de destruição irreparável e definitiva. A lesão

secundária poderá continuar, como dissemos, pela erradicação do foco primitivo, como poderá também agravar-se, exacerbando-se consideravelmente, como já foi observado com relação à irido-ciclites, miosites e artrites, mas o fato demonstra justamente a relação que há entre êsses dois focos.

Argumentam outros, tanto oftalmologistas como médicos em geral, que a infecção dentária, por exemplo, representada pelas suas múltiplas modalidades, que daqui a pouco veremos, aféta, como diz Arruga, quatro-quinzas partes da humanidade, e que nem porisso correspondem a êsse número as afecções oculares, que relativamente são muito pouco frequentes. Responda por nós Alan Woods: é que o mecanismo da auto-defesa orgânica tem elementos para impedir êsse fato, ou pelos leucócitos ou fagócitos, ou pela formação de anticorpos específicos que neutralizam ou inibem a atividade dos micro-organismos infectantes.

Naturalmente, o diagnóstico causal é sobremodo difícil, considerado do ponto de vista puramente científico, porque, devido à complexidade dos múltiplos fatores que entram na composição de uma dada entidade mórbida, não é fácil determinar-se com precisão se foi de fato o emprego da nossa terapêutica o elemento único que eliminou aqueles fatores, na realização da cura.

A observação clínica, porém, de curas repetidas em circunstâncias análogas, autorisa-nos a raciocinar a favor da nossa terapêutica. Lembremo-nos, por exemplo, de uma nossa observação, publicada na tese do Dr. Rogério Marcos Silva, e que em largos traços reproduzimos.

Tratava-se de P. O., 22 anos, brasileiro, natural de Tatuí. Foi por nós examinado em 2 de dezembro de 1922. Queixava-se de cegueira do olho direito. Examinado sob dilatação pela atropina, foi feito o diagnóstico de neuro-retinite hemorrágica, com intenso edema neuro-retiniano, achando-se a visão reduzida à percepção luminosa. Foi verificado que o paciente tinha todos os dentes da arcada superior e a maior parte dos da inferior, especialmente os molares, inteiramente estragados, reduzidos a panelas infectadas ao nível das gengivas. Receitamos a tiroidina atóxica de Coronedi e exigimos a extração de todos êsses focos de infecção. Pedimos todos os exames gerais indispensáveis, que foram feitos. Eram normais os exames clínicos, o da urina, e as reações de Mantoux e de Wassermann. Doze dias depois voltou o doente ao consultório, após ter extraído alguns dentes da arcada dentária superior. Achava-se muito melhor: com o olho direito já contava dedos a 60 cms. e o aspecto do fundo ocular modificara-se inteiramente. Não havia mais hemorragias, patenteava-se nitidamente o papiledema e a mácula apresentava depósitos lembrando vagamente o aspecto da estrela macular. Foi aconselhado o prosseguimento da tiroidina, tratamento então em voga para êsses casos nesse tempo, e a extração dos demais dentes. Quatro dias mais tarde, a 18 de dezembro, volta o doente alarmado com as hemorragias que ocorriam por ocasião das extrações dentárias, decidido a negar-se à avulsão das raízes restantes. Apesar disso, as melhoras eram ainda mais acentuadas, pois a visão do olho direito já alcançava um décimo. Agimos com a máxima energia e exigimos formal-

mente a extração dos tócos restantes, e convencemos o paciente de que as hemorragias após as extrações eram favoráveis ao seu caso. Voltou o paciente ao consultório um mês e meio depois, a 5 de fevereiro de 1923. Tinha feito extrair todos os dentes da arcada dentária superior, mas ainda conservava duas raízes da inferior. Achava-se quase curado, com visão de cinco décimos do olho direito. O aspecto do fundo ocular revelava verdadeira surpresa, comparado com os aspectos anteriores: notava-se papila normal, tendo do seu lado nasal grande placa de cório-retinite e na mácula leve pontilhado brancacento nas suas bordas. O doente voltou ainda mais duas vezes ao consultório, a 9 de abril e a 13 de setembro de 1923, já então curado com a visão de nove décimos do olho direito.

Não pretendemos neste trabalho apresentar observações que seriam muitas, e algumas, *mutatis-mutandis*, apresentando êste mesmo quadro, mas não são estes os objetivos e os propósitos dêste trabalho. Relembramos, porém, essa observação antiga, por dois motivos: primeiro, para afirmarmos que fatos são fatos, e devemos aceitá-los tais como se nos apresentam. Teremos o direito de duvidar da relação de causa e efeito desta observação? Devemos atribuir a cura à ação da tiroidina, única terapêutica empregada, além das extrações dentárias? Não o cremos. E segundo porque conhecemos muitos casos semelhantes a êste na literatura oftalmológica mundial. Weekers e Rubin, por exemplo, nos "Archives d'Ophthalmologie", de 1933, págs. 711 e seguintes, escrevem longo artigo intitulado "Névro-rétinite hémorragique de provenance dentaire". Citam três observações muito semelhantes à nossa: uma pessoal, a segunda de Terson e a terceira de Michaux. Todos êsses casos foram curados pela intervenção dentária. Mas o curioso é que terminam o artigo dizendo, entre outras cousas, o seguinte: "Os fatos que acabámos de relatar não nos permitem formular conclusões. A realidade da neuro-retinite hemorrágica de proveniência dentária não nos parece demonstrada, a menos que observações com estas se multipliquem".

O fóco infectuoso, apto para realizar a toxemia ou a bacteriemia, resônsáveis por um processo mórbido à distância, pôde localizar-se em muitos pontos do organismo. Nos dentes, apresenta-se sob duas fórmãs: a infecção aberta e a circunscrita ou fechada. Aquela é representada pelas lesões visíveis e acessíveis, como as cáries extensas e complicadas, as fistulas, os abscessos, as ósteo-periostites e a piorréa alveolar ou moléstia de Riggs, e esta pelas lesões sómente reveladas pela radiografia, como os granulomas, os abscessos, os quistos apiculares e os corpos estranhos, entre os quais esquirolas ou sequestros ósseos abandonados na região após extrações acidentadas.

Esta fórmula oculta de fóco é muito mais perigosa do que a outra, e é muito encontradíssima nos dentes portadores de pivôs e corôas, ou nos que servem de sustentação para pontes.

Na minha longa observação dêstes casos, os dentes mais incriminados são os do maxilar superior, a começar pelos premolares, seguindo-se em ordem de frequência os incisivos, principalmente os laterais, os molares e por fim os caninos.

As lesões apicilares são mais frequentes nos dentes cujos nervos foram destruídos por agentes químicos e não por extração, que é felizmente o processo mais em voga entre nós e o mais seguro. Se o canal, em seguida, foi mal obturado, não alcançando a obturação a ponta da raiz dentária, ou se ficaram restos de tecidos necrosados nessa ponta, forma-se o fóco, calcado e comprimido de todos os lados, podendo então produzir as mais variadas lesões à distância, não só dos olhos como de outros pontos do organismo.

Além da localização dentária, a infecção focal também se encontra em numerosos outros pontos da economia, e porisso mesmo a pesquisa de focos constituiu problema dos mais difíceis de resolver. A amigdalite crônica, com as criptas cheias de pús, as sinusites, as afecções nasofaringianas, certos abscessos sub-cutâneos ou submucosos, as afecções do tracto gastro-intestinal, inclusive as da região retal, as afecções biliares, as genito-urinárias, sem esquecermos as endo-metrites, salpingites, vesiculites, pielites, cistites, prostatites e uretrites, etc., podem, eventualmnte, constituir-se em focos produtores das lesões à distância. E aí está por que o problema é difícil, e a razão pela qual nos devemos guiar, no tratamento dos doentes, não só pelos exames de laboratório, que nem sempre resolvem todas as dúvidas, senão também pelo apuro da investigação clínica, dependente do nosso tirocínio profissional.

Verificada uma lesão focal dentária, considerada, com ou sem razão, responsável única de uma afecção ocular, recomenda-se ao dentista que elimine o fóco em questão. E aqui surge a colaboração que deve existir entre o oftalmologista e o dentista. Somos daqueles que pleiteam esta colaboração, que aliás, não temos conseguido como desejamos. Há muito tempo clamamos pela existência de dentistas nos hospitais, a começar pelo da Santa Casa, e nada temos conseguido até hoje. Mas esta colaboração deve levar em consideração a responsabilidade que cada qual assume nos momentos críticos. Diz Arruga: "Só o dentista deve decidir sobre o procedimento a seguir". E noutro passo: "Dou liberdade ao dentista para fazer o que julgue mais indicado". Estamos em completo desacôrdo com estes dizeres: só damos liberdade ao dentista para realizar os atos que julgue necessários quando nos achamos em presença de uma infecção que não consideramos perigosa no caso. No exercício da profissão odontológica, os seus representantes mais ilustres são, via de regra, e com toda a razão, conservadores, mas há casos em que a intervenção radical é indiscutivelmente necessária, fornecendo, além disso, material para preparação de vacinas autógenas, auxiliares do tratamento.

Vejamos, para exemplificar, em rápidas palavras, uma observação nossa, ocorrida em fins de 1926. Examinamos o paciente, que era nesse tempo Secretário de Estado do govêrno de São Paulo. Sofria de uveíte exsudativa, de causa obscura, do olho esquerdo, com todos os exames clínicos e de laboratório negativos. Portador de alta miopia de ambos os olhos, a sua afecção era, por êsse motivo, ainda mais grave. Pedida a radiographia dentária, verificou-se a existência, no primeiro molar superior esquer-

do, de grande quisto. Exigimos a extração desse dente, e lembrando-nos de Louis Dor, que na França então era talvez o único especialista adepto da infecção em fóco, e que a esta atribuía, entre outras afecções, o descolamento da retina, dissemos ao paciente: “O seu caso é muito grave e a extração desse dente é indispensável”. Sem essa precaução, não nos responsabilizamos pelo seu tratamento. Entre outras consequências, a retina do olho afetado poderá descolar-se, e o descolamento da retina levaria esse olho infalivelmente à cegueira.” Nesse tempo ainda não se operava o descolamento da retina e ainda hoje um caso nessas condições não seria operável. Mas o seu dentista, que era professor da Escola de Odontologia de São Paulo, relutou, não quis fazer a extração, e taxou a chamada infecção focal de *baléla americana*. - Não eram passados trinta dias, quando o doente nos procurou alarmadíssimo, cego do olho afetado. O que temíamos se realizara: a retina do olho afetado achava-se inteiramente descolada! Voltou o paciente ao dentista e a extração foi então feita. Pelo telefone, teve esse profissional a má lembrança de nos comunicar que o dente era de fato portador de grande quisto, ao que obtemperámos: “Que tinha quisto, já estávamos fartos de saber, mas é bom o Senhor saiba que a sua teimosia é a grande responsável pela cegueira do dr. F. C. R.”.

Terminando, diremos que, do ponto de vista prático, na clínica oftalmológica pelo menos, devemos continuar na pesquisa dos focos infectuosos, com o fim, não só de esclarecermos os casos obscuros da clínica, como também o de curarmos os nossos pacientes, sempre que possível. Sabemos da tendência atual da inclusão da infecção em fóco no capítulo da alergia, mas isso não altera o problema, cujo complexo mecanismo de ação continua em debate.

O que importava é remover um fóco infectuoso considerado virulento, considerado possivelmente responsável pela lesão encontrada à distância, ou mesmo que o não seja, apresente, entretanto, possibilidade de ser nocivo à saúde geral do paciente. Assim procedendo, a nossa consciência ficará tranquila, muito mais tranquila do que se nós cruzarmos os braços à espera da *vis medicatrix naturae*.

CUSTO DE UMA CAMPANHA DE PROFILAXIA

PLINIO CAIADO DE CASTRO — São Paulo.

Calculo rigoroso:—

Quando se enceta um empreendimento, qualquer que seja e, com maior razão, uma campanha de profilaxia, a primeira coisa, por ser básica, é a avaliação dos gastos que serão necessários para poder ser levada a bom termo.

Ora, numa campanha de profilaxia, o Estado não é solicitado por considerações individuais, mas tem por objetivo, acima de tudo, a preservação da coletividade.

Um paciente, em tratamento irregular, mesmo que tenha os seus padecimentos atenuados, se continua em condições de disseminar a sua doença e de ser perigoso ao meio em que viva, não está correspondendo ao sacrificio do erário.

Em rigor, pois, o custo de uma campanha de profilaxia do tracoma deve ser aferido da relação entre os gastos com a manutenção da mesma e o número dos doentes que deixou de constituir um fóco, porque foram curados.

Sendo assim, por quanto teria saído para o Estado a cura de um doente no Instituto? ou de um tracomatoso?

Gasta o Estado com a manutenção do Instituto Cr\$ 560.367,70 (quinhentos e sessenta mil trezentos e sessenta e sete cruzeiros e setenta centavos), si fosse considerado todo o pessoal que é nele lotado, ou Cr\$ 260.392,70 (duzentos e sessenta mil trezentos e noventa e dois cruzeiros e setenta centavos), se se considera apenas o que nele prestou serviço este ano.

Atendeu-se neste segundo calculo ao que ganha o funcionário que trabalhou no Instituto durante o ano de 1943, independente da Repartição a que pertence.

Tomar-se-á por base a segunda quantia, que é a mais aproximada da realidade para o que importa.

O número de altas obtidas foram:

- a) — doentes em geral — 240;
- b) — tracomatosos — 196.

Assim, cada doente curado ficou para o Estado em:

- a) — doente em geral — Cr\$ 1.084,96;
- b) — tracomatosos — Cr\$ 1.328,53.

Ainda mais se acentua essa desproporção entre gastos e beneficios quando se imagina a possibilidade de reinfeccção do doente que foi curado, uma vez que, em sua casa, pela proximidade de outros doentes contaminantes, estará sempre ameaçado de recaída.

Calculo liberal:—

Tomou-se, há pouco, para calculo do custeio da campanha de profilaxia o paciente curado, isto é, o elemento que deve constituir o seu supremo escopo: a destruição do fóco.

Imagine-se agora, como resultado positivo, a atenuação do perigo, isto é, melhoras conseguidas no estado do tracomatoso e admita-se como certo que tais aproveitamentos foram conseguidos por todos os doentes que se trataram mais ou menos com regularidade.

Já se viu que o dispendio para a manutenção do Instituto importou em Cr\$ 260.392,70; e que o número dos pacientes que em tais condições frequentaram o Dispensário do Instituto foi o seguinte:

- a) — doente em geral — 791;
- b) — tracomatosos — 683.

Nestas condições, custou o tratamento para o Estado, por indivíduo:

- a) — doente em geral — Cr\$ 329,19;
- b) — tracomatoso — Cr\$ 381,10.

Resumo:—

Em resumo, fica comprovado que o sistema de Postos para atender doentes espontâneos é extremamente oneroso, e de resultados negativos para o fim de profilaxia do tracoma.

Pode-se acrescentar que os oculistas no Interior, até em Campinas, costumam cobrar, para curar um tracomatoso, a quantia de Cr\$ 200.00.

Pelo preço apurado no Instituto de Tracoma e, em face do exigido por muitos oculistas, seria mais vantajoso para o Estado, ao invés de disseminar Postos pelo Interior, com pessoal mal remunerado, com percentagem maior de doentes que abandonam o tratamento do que o encontrado no Instituto, pois maiores são as dificuldades no Interior do que na Capital, para o doente se tratar; se se tem como certo que a profilaxia em vista é a do tratamento dos doentes espontâneos: que esse mesmo Governo destine anualmente uma verba para curar X tracomatosos, a qual seria distribuída aos oculistas que exercem a sua profissão no Interior, à razão de Cr\$ 200.00 por tracomatoso curado e que estabeleça um sistema de controle severo, tal como o de determinar, em épocas certas do ano, por funcionário habil, o recebimento dos casos curados, para o fim de retribuição.

Ficará, inquestionavelmente a cura do tracomatoso muito mais em conta e sem aparelhagem administrativa embaraçosa.

Com Cr\$ 260.392,70 curou o governo 196 tracomatosos; com igual importância, pelo processo indicado, teria obtido a cura de 1.301 doentes!

DISPENDIO DO ESTADO EM RELAÇÃO COM O TRABALHO DO FUNCIONALISMO DO INSTITUTO

Neste computo, como é de ver-se, não se atenderá ao resultado do esforço do pessoal em função do benefício conseguido para a campanha de profilaxia, mas, sim, à quantidade de trabalho produzido pelo funcionalismo em relação com o pagamento que recebeu pelo mesmo trabalho.

Aqui seria conveniente discriminar:

1.º) — Dispensário:

- a) — trabalho dos médicos;
- b) — trabalho dos enfermeiros;
- c) — trabalho do laboratório.

2.º) — Secretaria:

- a) — trabalho dos escriturários;
- b) — trabalho da portaria.

Mas, para não se alongar muito, considerar-se-á apenas o trabalho do Dispensário.

DISPENSÁRIO

1.º) — Trabalho dos médicos: — Como trabalho dos médicos, serão relacionados:

- a) — exame de 1.a vez dos doentes;
- b) — exame de 2.a vez dos doentes;
- c) — exames de laboratório;
- d) — operações realizadas;
- e) — injeções;
- f) — curativos por pessoa, porque o médico incumbido desta parte, revê diariamente os doentes que se apresentam.

Nota: — Deixa de ser computado o trabalho administrativo, não pequeno, do Médico-Chefe do Instituto, que foi um dos médicos do Dispensário.

2.º) — *Trabalho dos enfermeiros:* — Como trabalho dos enfermeiros figuram:

- a) — curativos gerais;
- b) — b) — curativos locais.

Nota: — Deixam de ser computados os seguintes trabalhos realizados pelos enfermeiros, e que foram desempenhados por três dos mesmos:

- a) — preenchimento do cabeçalho das fichas;
- b) — anotação diária dos trabalhos realizados (Boletim);
- c) — administração da Sufamilamida;
- d) — preparo de doentes para operação;
- e) — desinfecção de material cirurgico, etc.

CALCULO DO TRABALHO DOS MÉDICOS

Trabalharam este ano no Instituto de Tracoma, três médicos: dois no Dispensário e um no Laboratório.

Ganham do governo os três médicos, durante o ano de 1943, Cr\$ 60.000,00.

Foi este o seu trabalho:

a) — doentes examinados pela 1.a vez	4.483;
b) — doentes examinados pela 2.a vez	1.725;
c) — exames de secreção	4.489;
d) — reações de Wassermann, no sangue	135;
e) — operações realizadas	776;
f) — injeções	834;
g) — curativos por pessoa	89.878.

Reduzido tudo quanto está assinalado a curativos (e qualquer dos itens acima é reputado em valor superior a um curativo) encontra-se a soma de 102.320 *curativos realizados por médicos*, pelo preço de Cr\$ 0,58 (cinquenta e oito centavos), quantia ridícula que deve andar muito aquém do salário mínimo...

CALCULO DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Prestaram serviço no Dispensário do Instituto, durante o ano de 1943: um segundo escriturário, dois enfermeiros de segunda, dois técnicos de tracoma do Centro de Saúde, três enfermeiros contratados e um técnico de laboratório, percebendo todos o total anual de Cr\$ 52.000,80 (cinquenta e dois mil cruzeiros e oitenta centavos).

Foi êste o seu trabalho:

- a) — tratamentos locais — 241.635
- b) — tratamentos gerais — 21.889.

Reduzidos esses números a massagens conjuntivais (e não é favor em virtude de não estar sendo computado o trabalho mais pesado que prestaram) temos a soma de 263.524 massagens conjuntivais, o que representa o valor, por unidade, de Cr\$ 0,19 (dezenove centavos), o que certamente também está muito abaixo do salário mínimo...

CONCLUSÃO

Verifica-se, pelo exposto, que A PROFILAXIA DO TRACOMA COM O SISTEMA DE POSTOS PARA TRATAMENTO DE DOENTES ESPONTANEOS CONDUZ-NOS A ESTE PARADOXO: POR UM LADO, DISPENDE O GOVERNO, PELO SERVIÇO EM FUNÇÃO DOS RESULTADOS DA PROFILAXIA, UMA QUANTIA EXORBITANTE, SEIS VEZES MAIOR DO QUE A EMPREGADA POR UM PARTICULAR; E, POR OUTRO LADO, OS FUNCIONÁRIOS EMPREGADOS NA CAMPANHA RECEBEM DO MESMO GOVERNO, PELO SEU ESFORÇO, UMA QUANTIA IRRISORIA, MUITO AQUEM DO QUE REPRESENTA O SEU EFETIVO TRABALHO!