

culo, H por exemplo, o ponto K será o ponto correspondente da elipse, porque temos então, de acôrdo com o teorema acima enunciado:

$$\frac{PK}{PH} = \frac{EO}{AO}$$

O diâmetro H O G, é substituído pelo diâmetro K O L formando com sua posição primitiva um ângulo, chamado ângulo de desnivelamento. O arco do oftalmômetro funciona como objeto cuja imagem é representada por êsse diâmetro. Quando o arco se encontra nos planos meridianos principais, não há pois desnivelamento.

Como o prisma birefrangente é colocado de maneira a produzir o desdobramento numa direção exatamente paralela do arco, segue-se que, quando êste se encontra no plano dos meridianos principais, a linha de fé das miras estão em continuação uma da outra. Pelo contrario, quando o arco se encontra no plano de um meridiano intermediario, o desdobramento não se faz na direção da imagem, e as duas imagens das miras que produzem o contato não se encontram á mesma altura.

A ausencia do desnivelamento fornece-nos pois, um meio precioso para reconhecer os meridianos principais de uma córnea astigmática.

PROTO SIFILOMA DA CONJUNTIVA BULBAR (*)

B. PAULA SANTOS (S. Paulo)

Observação — J. M., 15 anos, residente em Fernando Prestes, dedicando-se a serviços agrícolas. Internado na 1.^a enfermaria de olhos, a cargo do dr. Pereira Gomes, em 12-10-1937.

Nos seus commemorativos pessoais, pouco ou nada se apura. Conta-nos apenas, que há 20 dias, sentiu ligeira irritação no olho esquerdo, que se apresentava vermelho. Notou que, como o correr dos dias, estes fenômenos se acentuavam e eram acompanhados de tumefação do pescoço nesse lado. A várias perguntas, com as quais se procurava o modo de contágio, não obtivemos respostas satisfatórias.

(*) Comunicação feita à Soc. de Oftalmologia de S. Paulo.

Nos antecedentes familiares, informa que seus pais são fortes, que é o primeiro de oito irmãos, sendo que o último faleceu com poucos dias.

A primeira inspeção do doente logo nos faz pensar em um processo sífilítico.

Com efeito, o enfortamento ganglionar era perceptível a distância, sob a forma de u'a massa tumoral avantajada, indo da região pré-auricular á parte ínfero lateral do pescoço. Esta adenopatia é fria, dura e indolor. Os ganglios sub-maxilares estão também um pouco aumentados.

Se afastamos as pálpebras, notamos a conjuntiva bulbar, em tóda a sua metade inferior, fortemente infiltrada, de cõr rósea pálida, de aspecto lardaceo, sendo que, para o lado externo, na direção de IV horas quasi no fundo de saco há uma elevação com ápice irregularmente ulcerado e recoberto por um induto espesso e amarelado.

Mesmo através da pálpebra inferior, podíamos sentir a enduração caraterística do sífiloma, que era de consistência cartilaginea. A metade superior da conjuntiva era de aspecto quasi normal.

Dado o aspecto da lesão e a adenopatia intensa pensamos também na possibilidade de micose ou tuberculose.

Visão: O.D. = 10/10. O.E. = 10/10.

Mandamos fazer a reação de Wassermann no sangue e o exame do material purulento da região ulcerada. Aquela foi fortemente positiva (+ + + +) e êste revelou:

Ziehl — negativo para bacilo de Koch. Gram — alguns diplococos com os caractéres de pneumococos; piocitos.

Após anestesia pela cocaina, retiramos pequenos fragmentos do próprio sífiloma, cujo exame anátomo-patológico, feito no laboratório central da Santa Casa, foi o seguinte: "Exame de fragmento de conjuntiva bulbar — processo granulomatoso, de natureza provavelmente luética.

* * *

O caso presente nos sugere ligeiros comentários.

Primeiramente a localização bulbar do proto sífiloma que é muí rara. Se o cancro palpebral ou conjuntival é pouco frequente, o bulbar é excepcional.

Assim uma velha estatística de Fournier, revela 21 casos de cancro ocular em 849 cancros cefálicos. A localização mais comum na conjuntiva é no ângulo interno, ou prega semilunar.

O proto sífiloma pode se observar em todas as idades. Os meios de contágio são a saliva, os dedos, lenço, etc.

Neste caso nada pudemos apurar que fizesse suspeitar como se dera o contágio. E' interessante acentuar, no entanto, que este menino reside em zona rural, tendo muito pequeno contacto com outras pessoas que não as de sua familia.

O diagnóstico do proto sífiloma é sempre fácil, quando não muito recente; o endurecimento, a adenopatia e a discordância entre os sintomas objetivos intensos e os subjetivos discretos são a tríade capital. De outra parte, a reação de Wassermann positiva e a pesquisa do espiroqueta na secreção lacrimal ou o exame de um fragmento do próprio cancro levantam qualquer dúvida. Deve-se notar, porém, que a pesquisa do espiroqueta é mais importante, pois que, se a lesão é muito recente, a reação de Wassermann no sangue poderá ainda ser negativa.

Nem se poderia pensar em manifestação de sífilis hereditária, já porque o sífiloma é lesão inicial, já porque a heredo-lúes tem preferência pela córnea e pelo trato uveal, como ainda porque este menino não apresenta nenhum dos seus estigmas.

O tratamento tem sido o 914 na dose de 0,15 semanalmente e injeções de oxideto de bismuto.

Estamos assistindo a cicatrização rápida da parte ulcerada, a diminuição da adenopatia e mesmo a induração já não existe. Esperamos, pois, continuando este terapêutica, circunscrever este caso ao período primário da sífilis.

* * *

No entanto, como o paciente residisse no interior, só pudemos acompanhar o tratamento durante três meses, durante os quais fez 1,gr.5 de 914 e 20 injeções de oxideto de bismuto. O estado local da conjuntiva bulbar era quasi normal, apenas com pequena cicatriz e hiperemia discreta.

O doentinho teve alta, levando instruções para continuar a terapêutica específica por largo tempo.