

## Diagnóstico de tracoma

SERGIO VALLE — S. Paulo.

---

Todos os AA. que definiram o tracoma, clínica ou histopatologicamente, quer antes quer depois do advento da lâmpada de fenda, assinalam com unanimidade as lesões da conjuntiva, isto é, as reações vasculares (papilas) e as reações linfóides (folículos), seguidas da formação de tecidos cicatriciais, mas não incluem o pano no processo, relegando-o para o capítulo das sequélas ou das complicações, mesmo os que, como Mac Callan, lhe atribuem, desde 1913, grande importância diagnóstica: "I was the first trachomologist to insist, in 1913, on the diagnostic importance of the vascularization of clear corneal tissue in the earliest stage of trachoma". (1).

Não menos peremptórios são Cuénod e Nataf, que pretenderam até, recentemente, reivindicar a prioridade da observação: "Le pannus peut dont apparaitre dès les tout premiers stades de l'évolution de l'infection, comme nous l'avons montré par nos travaux sur la biomicroscopie du trochome.

Nous croyons donc avoir établi qu'il ne faut plus considérer le pannus comme une complication, mais comme une manifestation de l'évolution normale du trachome" (2).

Wilson assevera: "All cases do sooner or late, show the formation of new vessels in the cornea. I have never seen a case that di not". (3)

Busacca também conclue: "Quoiqu'il en soit, les observations que j'ai pu faire au cours de ces derniers années m'ont donné la conviction que le pannus est une manifestation precoce — et non une complication tardive! — du trachome et que l'on peut affirmer qu'il n'existe pas du trachome sans altérations cornéennes" (4).

Desapercebidos de um germe específico, de uma reação sorológica, de um test humoral, de um sinal anátomo-patológico patognomônico (Redslob), para firmar com segurança o diagnóstico clínico de tracoma, não se admite que a pobreza de nossos recursos propedêuticos despreze o pano, existente em todos os casos clínicos, não se podendo confundir, salvo nas raras associações, com os outros tipos de vascularização que soem estabelecer-se na cornea, para sua defesa. A inoculação do tracoma na cornea dos macacos (5) dá origem à formação de um pano tênue e duradouro, que não se verificou na inoculação de outros agentes microbianos.

---

(1) A. F. Mac Callan — Trachoma — London, 1936, p. 12.

(2) Cuénod et Roger Nataf — Le Trachome — Traité d'Ophthalmologie — 1939, p. 443, Tome IV.

(3) R. P. Wilson — Ophthalmia Aegyptiaca — Amer. J. of. Ophth., p. 403, 932.

(4) A. Busacca — Les premières phases de développement du pannus trachomateux étudiées au biomicroscope et dans les coupes histologiques — Arch. d'Ophtal. 1937, p. 517.

(5) D. Michail, Cluj (Roumanie) — Aperçu général sur la pathologie du trachome — XV Concilium Ophthalmologicum, 1937, Egypte, p. 134.

Não sabemos explicar por que razão a precocidade do pano e a concomitância dele com as lesões conjuntivias, segundo o parecer dos tracomologistas de maior renome, não foram bastantes para fazê-lo entrar na definição *clínica* de tracoma, naturalmente provisória. Quer se desenvolva lentamente, pouco se afastando do limbo, nos casos frustrados, os mais comuns, dispondo-se os capilares em linhas finas, quasi paralelas (tênue ativo ou tênue esclerosado), bem visíveis através da córnea transparente, quer se opulente com o edema e a infiltração do tecido conjuntivo da lúnula ou com a presença de vasos túrgidos e tortuosos, na queratite *panosa ou vascular* (pano progressivo, reativado, crasso), acompanhando-se de nódulos limbicos, queratite avascular, pústulas, hemorragias intra-corneanas, conforme a maior ou menor virulência do processo, é o pano o distintivo seguro da afecção tracomatosa, mesmo quando não associado a lesões exuberantes do fornix e da carúncula. Neo-vascularização microscópica ou inflamação macroscópica ou varicosa da córnea, é o pano o elemento mais decisivo para o diagnóstico certo da afecção.

As classificações correntes (Mac Callan, Szimanski, Cornet etc.), todas elas fundadas sómente no aspecto macroscópico da conjuntiva, recondendo o pano entre complicações prováveis, como o entrópico, a hemiptose, o simbléfaro, o anquilobléfaro, etc., não devem subsistir sem modificações porque omitem o sintoma mais útil ao diagnóstico, concorrendo, indiretamente, para o aumento da percentagem de cousas vagas como sejam a conjuntivite suspeita, o tracoma dubium, o proto-tracoma, quando tudo isto, em geral, levado à lampada de fenda, será, no mínimo, um tracoma frustrado bem caracterizado.

Na impossibilidade de uma definição nosológica rigorosa, pelo desconhecimento em que vivemos do agente causal (inclusões de Prowaczek e Halberstaedter, virus filtrável de Bertarelli e Nicolle, virus não filtrável de Trapefontzewa, bacterium granuloso de Hydeyo Noguiche, rickettsia de Busacca e Cuénod e Nataf), temos que nos contentar com a definição puramente clínica, que assentará sobre os dois sintomas mais encontrados — a infiltração proliferante da camada vascular da conjuntiva (foliculos ou papilas), reação esta inespecífica, observada em vários processos agudos ou crônicos da dita mucosa, associada, porém, à presença do pano tracomatoso, inconfundível e constante.

Opinamos pela seguinte definição de tracoma: afecção provavelmente específica, contagiosa e crônica, que se caracteriza por infiltração subepitelial da conjuntiva e pela vascularização precoce e constante da parte superior da córnea (pano), terminando pela formação de tecidos cicatriciais.

É uma afecção (Cuénod e Nataf), transitóriamente, enquanto não se lhe descobre o germe específico, e não moléstia (Saemisch, Sergent, Grosz, Mac Callan), de acordo com a definição clássica do Roger: "la maladie est le processus morbide envisagé dans toute son évolution, depuis sa cause initiale jusqu'à ses conséquences dernières; l'affection es le pro-

cessus morbide envisagé dans ses manifestations actuelles, abstraction faite de sa cause”.

Parece-nos que o tracoma estaciona a meio caminho entre afecção e moléstia; daí a expressão por alguns usada “afecção específica”, um tanto ou quanto contraditória, revezando-se por vezes na mesma página (5) o termo afecção e o termo moléstia.

Se tudo nos induz a nós tracomologistas a acreditar na existência de uma causa única — virus, germe, o *quid* tracomatoso de Galante, responsável por todos os fenômenos conjuntivais e corneanos, ao nosógrafo, cujas definições não podem assentar sobre simples hipóteses, repugna-lhe dar como estabelecida a etiologia que não conquistou universalidade.

Da patologia do tracoma só conhecemos bem a sintomatologia e a anatomia patológica, a qual, aliás, nada tem de patognomônica. Aos que obstinadamente ainda lhe chamam *síndromo*, aos que livremente tecem teorias em torno de sua causa, não podemos contrapor a prova irrecusável, isto é, o germe específico. Não lhe conhecemos a etiologia e a patogenia. É natural o embaraço em que se vê a nosografia, a parte da patologia geral que descreve e classifica as moléstias, portanto filosofia e síntese de toda a medicina, no responsabilizar pelas cicatrizes da conjuntiva — “les affections organiques sont de simples cicatrices” (Roger), os sinais mais inconfundíveis do tracoma, uma causa única, condição essencial para que a afecção se transforme em moléstia (7).

A especificidade e a contagiosidade do tracoma não têm encontrado oposição forte, com exceção das pretensões equívocas dos constitucionistas (Angelucci, Pittaluga, etc), os quais, exagerando o papel clássico e notório das causas adjuvantes e predisponentes, como nô-lo ensina a patologia geral, apegam-se ao linfatismo, à diátese exudativa, ao artrismo, à miséria, à promiscuidade, à alimentação, a uma série de fatores mórbidos, que tanto se aplicam ao tracoma, como a todas as doenças de etiologia conhecida.

As observações muito restritas de Gennaro, baseadas tão somente em 50 tracmatosos são insuficientes para a conclusão geral a que chegou, isto é, que a maior frequência da afecção é notada nos microsplânicos e nos tipos mistos. Nem é bastante convincente que o tracoma seja determinado por uma debilidade constitucional das conjuntivas e por uma ectipia geral linfática, como opina Rossi, mesmo que admittissemos a constância desses fatores, cuja existência só coincide com a afecção nos países... tracomatosos.

É o caso de perguntarmos, como Cuénod e Nataf: “Si ce n’était qu’une séquelle (le trachome), qu’un des modes de terminaison ou de continuation des conjonctivites suraiguës, aiguës ou subaiguës, pourquoi ce

---

(6) Morax et Petit — “On désigne par les termes de trachome ou de conjonctivite granuleuse une maladie particulière...” “Le trachome est une affection grave...” Vide Le Trachome, 1929, p. 6.

mode n'existe-t-il que dans les pays à trachome?" (8). Entre nós, vêmo-lo vicejante e vitorioso em todos os 18 tipos morfológicos, modalidades dos longi, braqui e normotipos da nova concepção de Viola, fundada no método antropométrico; em todos os biotipos humanos da pirâmide de Pende.

Compreende-se que os tipos clínicos diferentes de tracoma sejam influenciados pelos tipos morfológicos dos indivíduos, mas a morfologia, conquanto rehabilitada pelos constitucionalistas, depois dos excessos consequentes à era pasteuriana, não suprirá nunca a necessidade da causa etiológica, sabida ou suspeitada, em doenças evidentemente infecto-contagiosas.

Conquanto possa assumir proporções macrospópicas (infiltração vascular-granulosa de Guénod e Nataf), assim como exteriorizar-se sob aspectos variáveis, conforme seja espontâneo, isto é, criado sómente pelo processo tracomatoso, ou provocado, quando se lhe associa a ação mecânica da triquiase, para nos servirmos da classificação de Cornet (9), o pano tracomatoso distingue-se facilmente dos outros tipos de pano, os quais se ajudam dos comemorativos e dos sintomas peculiares às entidades mórbidas que os determinem.

O diagnóstico de pano tracomatoso, para quem possui o hábito da biomicroscopia, é fácil, em geral: porque, ou a vascularização se acompanha de outros elementos próprios do tracoma, tais como foliculose no fundo de saco superior, nódulos límbicos, fossetas de Herbert, pústulas da córnea, etc., ou, então, em indivíduos de procedência suspeita, com história familiar significativa, com notícias progressas em que se contam dordólhos de repetição, topamos com uma rede de capilares terminais, regulares, uniformes, em posição perpendicular à pupila, estendendo-se da extremidade nasal à extremidade temporal da lúnula superior. É uma vascularização silenciosa, sem nenhuma causa aparente, com que nos surpreende a biomicroscopia.

A exigência da concomitância de nódulos límbicos ou de fossetas de Herbert, de pústulas na parte não vascularizada da córnea (10), para que se possa capitular um pano de tracomatoso, muda êste sintoma precoce e constante (Mac Callan, Cuénod e Nataf, Wilson, etc), capaz de,

(7) Miguel Couto — *Molestia* — conjunto de fenômenos que evoluem sob a influencia da mesma causa. *Afecção* — Conjunto de fenômenos na dependência da mesma lesão — Lições de Clínica Médica, 1916, p. 338.

(8) Cuénod et Nataf — Loc. cit., p. 205.

(9) Emmanuel Cornet — La vascularisation cornéenne des trachomateux. Sa valeur clinique. — Rev. Intern. du Trachome — 16.e An., 1939, p. 1.

(10) A. Busacca — "Les observations que je poursuis depuis des années, si elles m'ont permis de démontrer que "présence de pannus cornéen n'est pas synonyme de trachome", quoique le pannus soit un element indispensable pour le diagnostic de la maladie (Mac Callan), m'ont aussi amené à la conclusion — susceptible d'être modifié par la constatation de faits nouveaux — qu'il peut exister des formations capables de nous permettre de différencier le pannus trachomateux des autres: ce sont les nodules de la region limbique et les pustules de la partie non vascularisée de la cornée". La pathologie du trachome — XV Concilium Ophthalmologicum, 1937, Egypte, p. 153.

por si só, levantar a suspeita de tracoma e induzir o especialista ao exame microscópico das conjuntivas, à anamnese e aos comemorativos, que lhe fornecerão outros elementos de convicção, numa redundância de prope-dêutica, porque, em tal eventualidade, a diagnóse decorreria da simples inspecção desarmada das conjuntivas.

A presença do pano corneano só não será sintoma de tracoma, se outra causa presente e visível reivindicar os seus direitos; neste caso, porém, o aspecto do pano, assim como o aspecto da conjuntiva assumirão particularidades inobserváveis no tracoma.

Outro autor, Falta (11), dogmatiza que, à mingua de um virus responsável, o diagnóstico seguro de tracoma só será permitido quando comparecerem as complicações finais, isto é, o pano crasso, a que chama de catarata venosa, (por analogia à catarata verde do glaucoma e à catarata preta da amaurose), o encarquilhamento do tarso, a triquiase, as cicatrizes. . .

Em outro trabalho, o Prof. Busacca (12) insiste: "Dato che il panno non é esclusivo del tracoma, cause di errore potevano sorgere nello stabilirne la etiologia. . . Per i casi da ascrivere al Th. IV, abbiámó ritte-nuto come sicuramente tracomatoso qualsiasi panno, anche tenue e poco esteso, nel quale fossero presenti le fossette di Herbert".

O pano *complicação* — visível a olho desarmado, sequéla de alguns casos de tracoma, em que, segundo a opinião de alguns autores, ha a influência do terreno linfo-adenoidiano, eis o que todos estimam; o pano *sintoma*, tênue, microscópico, só denunciado pela lâmpada de fenda, sempre presente, êste não conquistou ainda o lugar que merece na patologia da afecção, embora assinalado e encarecido por muitos autores de nomeada.

O pano de leishmaniose, via de regra unilateral, em contraposição à bilateralidade constante do pano tracomatoso, desacompanha-se de foliculos e explica-se por lesões ou cicatrizes características, perceptíveis nas fossas nasais ou alhures, na pele.

Na lepra, além da riqueza de sinais dermatológicos reconhecíveis pela simples inspecção, que nos revelam para logo a causa etiológica, possui o pano significado e feitio especiais, que já estudamos em capítulo de monografia sobre lepra ocular.

Os vasos finos e longos, superpostos em planos diferentes do parênquima corneano, que se notam nos vários tipos de queratite parenquimatosa sifilítica, na queratite difusa de Hutchinson, na queratite segmentar de Terrien, na queratite marginal, só não serão bastantes para

---

(11) Falta, Marcell — De l'unité dans quelques questions du Trachome — Rev. Intern. du Trachome, Avril, 1934, p. 92.

(12) A. Busacca — La frequenza delle complicazioni corneali nel tracoma dedotta dagli esami di cento casi. — "Rev. Int. du Trachome" — Avril, 1933, p. 61.

— Em outro passo de "La Pathologie du Trachome" (p. 155), o mesmo prof. Busacca adverte: "C'est la présence de ces formations (fossetas de Herbert ou nódulos tracomatosos reabsorvidos) que ne nous laisse aucun doute sur la nature trachomateuse du processus, car, comme je le dirai plus loin, le pannus n'est pas exclusif du trachome."

a diagnóse, se houver, acidentalmente, a superfectação do tracoma intersticial, descrito por Lowenstein, Meyerhof, e entre nós por Niemeyer e Paula Santos.

No pano da querato-conjuntivite flictenular, cuja disposição em triângulo de base límbica e ápice corneano é suficientemente original, distinguem-se várias camadas de vasos; podendo ser total, como o do tracoma, não dá lugar à formação de fossêtas regulares (Herbert's pits) transparentes e redondas, nem ha confusão possível entre a flicténula e o nódulo límbico.

A queratite intersticial tuberculosa apresenta uma arborização típica, cob a forma de rio e afluente, à custa de grossos troncos vasculares, nas camadas superficiais do parênquima corneano.

A vascularização reparadora (queratites com hipópio, úlceras gonocócicas, traumatismo, etc), limitada em geral a êste ou áquele setor, é por demais característica para lembrar o tracoma.

É óbvio que o pano tracomatoso, a nosso ver, inconfundível quando isolado, pode perder a sua personalidade se a êle se associa um pano de outra natureza. Então, para o discrimine do que pertence ao tracoma e do que lhe é enxertado, sai o clínico à procura do intruso, apontando logo pela propedêutica.

Além disso, o diagnóstico de tracoma não abstrai das lesões conjuntivais, que depõem espontâneamente, quando convocadas (foliculose, cicatrizes, simbléfaro, etc.).

A foliculose isolada, nos casos iniciais, é que não constitue prova de tracoma.

No tipo flórido, ao depoimento do pano, sempre presente, não se atribue a mesma preeminência, porque, então, os foliculos se revestem de caracteres um tanto inconfundíveis, embora não decisivos: são grandes, redondos, confluentes, distribuem-se por toda a conjuntiva palpebral e pelo fornix, mais ou menos opacos, perivascularizados, deixando-se romper pela pressão digital (dehiscencia) e eliminando substância gelatinosa.

Clinicamente, diferenciam-se os foliculos que pertencem à anatomia normal da conjuntiva, chamados constitucionais, dos patológicos ou inflamatórios, segundo a classificação de Rostkowski, pela consistência e pelas sequélas, isto é, os primeiros não acarretam cicatrizes nem se deixam romper pela pressão digital. Tais caracteres são, na opinião de alguns autores, mais ou menos patognomónicos do tracoma conjuntival.

Sómente com o auxílio da lâmpada de fenda se poderá fazer o diagnóstico certo de conjuntivite folicular, ainda mesmo que esta se apresente sob a forma clássica descrita por Saemisch (conglomerados de foliculos ovulares, principalmente no fundo de saco da pálpebra inferior), porque, em país de tracomatosos se deve pensar sempre na possível associação. O mesmo cuidado se deve tomar com a conjuntivite primaveril, por mais definidos sejam os seus caracteres clínicos. Desconfiamos muito de conjuntivites crônicas em que o pano possa ser encontrado, conforme

opinam alguns autores: ou é o tracoma que está presente, ou é a conjuntivite que se aliou a uma das outras causas que provocam vascularização corneana.

Na ausência de fatores que predispõem a córnea a uma vascularização, aliás sempre diferente da causada pelo tracoma, e na presença de pequenos sinais conjuntivais corroborantes, em país dominado pela endemia, o pano tênue, mesmo sem a presença de infiltração corneana, é sintoma de contaminação pelo vírus.

Quanto à expressão limbo alargado, se traduz a presença anômala de capilares terminais ultrapassando o bordo distal da lúnula, e neste caso não será mais o que o pano tênue, conhecidíssimo de todos os autores (Mac Callan, Wilson, Cuénod et Nataf), sua existência entre nós é patognomônica de um tracoma frustrado, excluída a possível mas difícil confusão com vascularização de outra natureza; s, porém, implica somente no alargamento da lúnula, isto é, da conjuntiva da região limbica, consequente à hiperemia ou à hiperplasia dos processos inflamatórios agudos ou crônicos (conjuntivite primaveril, conjuntivites alérgicas, etc), será o resultado da pletora de sangue nas alças vasculares normais, simulando o pano, sem que haja, todavia, a neoformação de capilares terminais.

Para Ruata (13), o pano somente será tracomatoso quando acompanhado de infiltração sub-epitelial superficial, ao nível das alças capilares, e quando a invasão vascular se estender sobre a córnea numa distância de 2 milímetros.

Este A. italiano rebela-se contra a opinião de Wilson, “privo di fondamento”, perfilhada também por Cuénod et Nataf e por Mac Callan, sob o pretexto insubsistente de que existem outros panos — no linfatismo (pano eczematoso descrito por Herbert e outros), na afecção flictenular, na conjuntivite atropínica, na queratite marginal... o que se nos afigura também “concetto privo di fondamento”, porque, em casos tais, a etiologia está tão visível que é antecipadamente proclamada. Com tal critério, o autor deixará passar despercebido em sua clínica grandíssimo número de tracomatosos.

Nos casos frustrados, comuníssimos para quem os procura, nem sempre se observa a infiltração corneana: delineam-se os vasos com nitidez na córnea transparente. A exigência de uma estatura mínima de 2 milímetros é aberrante da observação clínica e até do senso comum. Desde que os capilares terminais comecem a orientar-se em direção perpendicular à pupila, acontecimento inteiramente anormal na região, devem necessariamente crescer de modo progressivo, como cresce tudo em biologia.

Descreve-nos Galante (14), magnificamente, as alterações observadas do limbo superior e no inferior dos tracomatosos, mesmo nos casos

---

(13) Prof. Vittorio Ruata — *Oftalmologia dei Paesi Caldi* — Milano, 1938, pag. 193.

(14) Emmanuel Galante — *Studio biomicroscopico della regione limbare dell'occhio di soggetti tracomatosi* — *Rev. Intern. du Trachome*, Juillet, 1934, p. 129.

mais discretos, quando não estão presentes ainda as fossêtas de Herbert ou ocelos de Bonnet, confirmando o que outros autores já haviam concluído, isto é, que “L’accreciuto sviluppo dei capillari limbari terminali ha un valore semeologico decisivo per stabilire, nei casi dubbi, la diagnosi di tracoma.”

No sulco primário de Wilson, linha divisória entre a curvatura da esclera e a da córnea, limite extremo das palissadas do lado da esclerótica, instala-se um edema ligeiro que caminha em direção à córnea, através da zona das palissadas. Aparecem aí os vasos como que flutuantes em massa líquida opalina. Desenvolvem-se notavelmente as alças dos capilares terminais, assumindo aspectos diferentes “un’esile punta affilata diretta verso il centro della cornea, oppure incurvandosi in svolazzi che danno imagine ora di una frusta, ora di un’ansa, ora di un cappio”.

Propositadamente, não traduzimos nem resumimos o trecho essencial do trabahlo de Galante, para não lhe alterarmos o sentido nem omitirmos minúcias descritivas: *Il sangue é inegualmente distribuido in questi vasi, alcuni de quali ne sono completamente pieni; altri mostrano una colonna sanguigna discontinua, piú o meno diradata, e tale discontinuitá fa meglio apprezzare il movimento della colonna stessa che ha direzione varia; altri vasi, infine, sono affato vuoti di sangue e appaiono — specie nei casi di tracoma cicatriziale inveterato — come esilissimi cordoni irregolarmente intercalati tra i vasi che contengono sangue. Mai appena il processo tracomatoso riprende attivitá, tutti i vasi riaprono all’afflusso sanguigno mentre il loro sviluppo si fa piú rigoglioso: crescono di numero e si prolungano verso il centro della cornea. Talvolta assi, allora, piegano le loro estremítá quasi ad ángolo retto, e se ciò si verifica in parecchi capillari vicini, puó accadere, che questi tratti piegati si insoculino l’uno nell’altro costituendo un vaso collettore circolare, di lunghezza varia, che decorre parallelo al limbo. Di solito, da questo vaso collettore si spiccano capillari esili che procedono radialmente verso il centro della cornea. Altre volte i capillari terminali emettono fami laterali che tendono a raggiungere rami laterali di altri capillari contingui; e, se l’unione avviene, ne resulta un’elegante rete vascolare a maglie irregolarmente poligonali, dalla quale si dipartono puro sottili capillari che si dirigono verso il centro corneale”.*

A existência do edema intra-lamelar traduz-se por um halo em torno dos vasos, que lhes segue as tortuosidades. No líquido que se infiltra entre as lâminas corneanas surgem elementos figurados constituídos sobretudo por linfócitos, plasmazellen, etc. Como na conjuntiva, a esta infiltração se segue a organização lenta fibrosa, característica do tracoma. O edema perivascular passa do cinzento pálido ao cinzento lactescente, tomando o seu conjunto a imagem de uma grade em que os elementos de um branco acinzentado delimitam espaços mais transparentes. Quanto à ocorrência do pano, semelhante, naturalmente, ao que se observa no tracoma, “in alcune forme croniche di congiuntivite”, outra afirmação do mesmo Ruata, acreditamos que, ou este pano não

será pano ou a conjuntivite crônica não será outra coisa senão o tracoma frustro, que estamos cansados de ver aqui em São Paulo.

Muitas são as causas que vascularizam a córnea. Isto é banalidade em oftalmologia. Mas o tracoma a vasculariza de maneira *sui generis*, que no pano aparente, acompanhado de nódulos da região límbica ou de pústulas da córnea, que ratificam a diagnose clínica, quer quando, segundo observação de todos os que diagnosticam o tracoma com o auxílio da lâmpada de fenda, em olhos aparentemente são, *sobre os quais não está atuando nenhuma das causas estimuladoras da neo-vascularização*, capilares terminais, provindos das últimas alças vasculares, avançam, *audacieusement* si l'on peut dire, *en pleine cornée transparente*", segundo a expressão precisa de Cuénod et Nataf. A infiltração linfocitária, que precede a neo-formação vascular (Morax et Petit) é condicionada pela fixação do vírus nas camadas mais superficiais da córnea, ocasionando a epiteliose (Busacca), e é quasi contemporânea das alterações dos capilares conjuntivais, entre cujas bifurcações (Guénod et Nataf) aparecem os primeiros folículos tracomatosos.

No parecer de Tubrin (15), o tracoma evolue sempre como se fôra uma querato-conjuntivite, permanecendo o pano algumas vezes em estágio rudimentar e só perceptível pelo exame biomicroscópio.

A biomicroscopia revela o pano desde os primeiros estádios da afecção, tanto nas crianças, como nos adultos; êle é precoce nas inoculações experimentais *in anima nobili*, denunciando-se na sexta semana, conforme observação de Thygeson"

Ainda no último congresso de Cairo (1937), entre outras considerações, expendeu Mac Callan (16) a seguinte: "a infecção tracomatosa da córnea sobrevem invariavel e precocemente após a infecção primária da conjuntiva".

Wilson (17), ao descrever as alterações corneanas no tracoma, assinala as neo-formações vasculares aparentes, que se observam algumas vezes, e as do pano inaparente, perceptíveis em *todos* os casos "within the firsts two or three monts from the apearence of the firsts signs in the conjunctiva".

Pode acontecer que, tendo embora presente no espírito o esquema de Wilson, no qual se mostram as três zonas da região límbica — palissadas, malhas vasculares e capilares terminais, o observador, diante da indecisa modificação em que os vasos estão ensaiando apenas uma excursão maior, de que já se vêem algum vestígios, permaneça em dúvida, sobretudo se lhe faltarem outros elementos de convicção de que a propedêutica comumente se utiliza. Ê o que nos adverte Toulant (18),

(15) Vide D. Michail, Cluj (Roumanie) — Aperçu général sur la pathologie du trachome — XV Concilium Ophtal. — 1937 — Egypte — p. 104.

(16) Mac Callan — Introductory address by the President — XV Concilium Ophtalmologicum, Egypte — Le Caire, 1938, p. 15.

(17) R. P. Wilson — Loc. cit., p. 403.

(18) Toulant — Le trachome frustre — Rev. Inter. du Trachome, 1938 — p. 65.

para o qual a existência do tracoma frustrado é indiscutível: “dans la pratique lorsque les stigmates cornéens du trachome font défaut, son diagnostic est difficile ou impossible à poser avec certitude”.

Diagnóse precoce, aliás, não ha de significar, necessariamente, diagnóse inicial: a primeira só é exequível quando a doença já se exteriorizou de qualquer modo; a segunda é sempre irrealizável, se a evolução clínica é insidiosa e longa.

Neste caso, assim como nos em que se nos apresentam, vindas à consulta, crianças pequeninas, cujos olhos não se deixam examinar convenientemente, mas cujos páis, levados à lâmpada de fenda, são portadores de pano cem por cento tracomatoso e de sequélas discretas da afecção, é que tem cabimento a expressão *tracoma dubium*.

Fala-nos Schousboë das dificuldades diagnósticas da afecção inicial, principalmente em crianças pequeninas, não só pela imprecisão dos sintomas conjuntivais (modificações vasculares e linfóides) e dos sintomas límbicos (infiltrações vasculares, nódulos, ocêlos (19), como pela impossibilidade de um exame metuculoso.

Em circunstâncias semelhantes, na medicina geral, é que Miguel Couto costumava dizer: o médico não é advinho, a doença mesma é que se deve denunciar.

Quando, porém, o observador percebe claramente, quer em criança, quer em adulto; quer em rico, quer em pobre; quer em sevidados das conjuntivites de repetição, quer nos que juram nunca terem sentido nada nos olhos, um pano bem desenhado, bem nítido, superficial, mais ou menos esclerosado, mais ou menos ativo, com ou sem infiltração corneana, não ha mister esconder o fato com a expressão acima de tracoma dubium. Estamos diante de um indivíduo contaminado pelo tracoma, diante de um tracoma frustrado ou oculto (Charlin), que poderá ser reativado por qualquer fator irritativo.

No Primeiro Congresso de Tracoma da Sociedade Polonesa de Oftalmologia (Varsóvia, 1936) vários autores estudaram o limbo corneano com a lâmpada de fenda, concordando todos nos seguintes pontos: a lâmpada de fenda póde prestar importante serviço no diagnóstico de tracoma (Szymonski); a hipertrofia das alças capilares terminais na região superior do limbo, característica do tracoma, é decisiva na diagnóse diferencial entre esta afecção e as conjuntivites folicular, primavera, escrofulosa, Parinaud (S. Borszezewski); no início do pano verifica-se a ofuscação da borda que sapara o limbo da córnea e sobretudo a penetração das alças terminais dos capilares além do limbo, em plena cornea (A. Kwaskowski); combinando-se o oftalmoscópio elétrico com uma lupa pode-se estudar o pano tracomatoso e os diferentes aspectos da vascularização e das papilas da conjuntiva (Adam Zamenhof); a lâmpada de fenda permite verificar as afecções invisíveis para o olho

---

(19) Plácido Barbosa, no seu Dicionário de Terminologia Médica Portuguesa, regista *ocêlo*, do latim *ocellus*, diminutivo de *oculus*, para significar olho pequeno, olhete, mancha tegumentar em forma de olho. E diz que o substantivo é masculino.

desarmado e, por conseguinte, diagnosticar o tracoma o mais cedo possível (M. Bachert); para se fazer o diagnóstico seguro e precoce é preciso pesquisar o pano inicial que desmascara o tracoma, quando oculto sob a imagem de uma conjuntivite crônica (M. Madroszkiewicz).

Nossa convicção a respeito do pano microscópico e do tracoma frusto não é produto artificial da leitura das últimas revistas da especialidade. Partindo da observação direta que, segundo Fuchs “nous dévoilera mieux une partie de ses secrets que si nous posons un schéma”, ao manejarmos a lâmpada de fenda dentro de um leproário, para surpreendermos as lesões inacessíveis ao olho desarmado, começamos a registrar percentagens elevadas de neo-vascularização límbica, que creditávamos à lepra ocular. Tomamo-la como pano leproso, do qual falam os autores até que, começando a encontra-la em portadores de forma nervosa pura na qual, tirante a lagofalmia, nenhuma ofensa se dá ao segmento anterior, passamos a redobrar a nossa atenção, esmiuçando a história pgressa do doente, a procedência, as conjuntivites anteriores... Depois de 595 biomicroscopias (20), pareceu-nos que nos era possível fazer a distinção entre o aspecto microscópico do limbo normal, do limbo na lepra e do limbo no tracoma.

Fomos, então, aos autores que nos poderiam elucidar a questão, isto é, a Mac Callan, a Wilson, a Cuénod et Nataf, os quais haviam assinalado em seus estudos sobre o tracoma aquela modalidade de pano microscópico a que fizemos largas referências. Posteriormente, em Toulant, em Charlin, mas sobretudo em Galante, encontramos a ratificação dos fatos que havíamos observado.

Na clínica do Instituto Penido Burnier, coligimos dezenas de observações, que resumiremos do seguinte modo:

O exame sistemático à lâmpada de fenda de doentes que se queixem de sintomas peculiares às afecções das conjuntivas e da córnea, mesmo que sejam portadores de outras afecções já bem definidas e diagnosticadas, nos dá percentagem de tracoma muito maior do que a fixada nas melhores estatísticas. Ora topamos com o tracoma inicial (tipos I e II), ora com o tracoma cicatricial (Tipos III e IV) em que o branco das cicatrizes mesclado com as ilhotas rubras da conjuntiva tarsal remanescente nos lembra o aspecto e a coloração do *salame*, ora com o tracoma frusto (simulando ou complicando astenopias, bléfarconjuntivites, etc) e em quantidade maior do que os dois primeiros, sem que os pacientes tivessem a consciência do mal que os acometera.

O diagnóstico inesperado era recebido sob protesto ou era confirmado pela história de dordólhos de repetição, pela existência de tracomatosos na família, muitos de cujos membros já haviam deixado fichas no Instituto.

A concepção segura de Wilson, porque fundada na observação clínica, pode ser confirmada por todos os que se utilizem da lâmpada de

---

(20) Sergio Vale — O limbo na lepra e no tracoma (cap. II de Subsídios para o estudo da lepra ocular). Arq. Bras. de Oftalm., Vol. III, n.º 2, 1940, p. 61.

fenda, onde quer que abundem tracomatosos; tem valor inestimável no diagnóstico precoce, na feitura das estatísticas, na profilaxia e no diagnóstico retrospectivo.

Se a neo-vascularização tracomatosa da córnea, tão típica e tão característica, não pode servir para o diagnóstico diferencial, a banal foliculose da conjuntiva, presente até em crianças de países indenes de tracoma é que teria de resignar quaisquer pretensões.

Como a lepra e a tuberculose, o tracoma é contraído quasi sempre no ambiente familiar, durante a primeira infância, para se agravar na adolescência e na idade adulta, não só pela maior receptividade das crianças, senão também devido ao incrível menosprezo delas por todos os hábitos de higiene e ao contacto mais constante e mais íntimo com os páis enfermos; também o tracoma apresenta elevado grau de infectuosidade, alto índice de disseminação geral, grande percentagem de casos frustros, evolução, e formas clínicas múltiplas, condicionadas pelo estado alérgico de cada paciente. Todas as três se beneficiam com a intercorrência de fatores adjuvantes que distraiam as defesas orgânicas ou subvertam os terrenos de suas preferências. Enquanto, porém, a tuberculose e a lepra isolam os doentes nos hospitais, sanatórios e asilos, eliminando-os ainda por meio da profilaxia da morte, o tracoma campeia livremente, elevando-se da miséria e da promiscuidade, onde nasce a epidemia, até as elites, mudando-se em pandemia.

Como na lepra e na tuberculose, é preciso distinguir entre cura clínica, possível muitas vezes, com desaparecimento quasi total dos sintomas subjetivos e objetivos, e cura anátomo-patológica, com *restitutio ad integrum*, sempre irrealizável, desde que se dê ao advérbio o seu valor médico relativo.

A lâmpada de fenda equivale à roentgenfotografia: ambas revelam estímulos ou sinais de pequena atividade, suficientes, no entanto, para o diagnóstico atual ou retrospectivo.

Se o tracoma frustro do rico (como a tuberculose) é mais modesto, não deixa, todavia de incomodar o seu portador. E ninguém pode garantir que, reativado por qualquer causa acidental (diminuição das defesas orgânicas, conjuntivite, traumatismo), não seja capaz de contagiar novos indivíduos.

Para a profilaxia do tracoma, tanto Wilson como Mac Callan preconizam “uma reforma radical na higiene pessoal” pouco se podendo esperar de medidas preventivas que se limitam ao uso de colírios brandos.

E esta reforma radical na higiene pessoal é um problema complexíssimo em nossa terra, porque tem a adversá-lo o pauperismo e o analfabetismo, os quais são incompatíveis com as necessidades primárias do ser humano: habitação, alimentação, vestuário, asseio corporal, água corrente, esgoto, uso constante do sabão... Nenhum povo, até hoje, praticou as boas normas da higiene pessoal senão depois que venceu o pauperismo e o analfabetismo.

A nossa classe médica, contaminada também em proporções elevadas, livra-se das complicações mais graves do tracoma porque vive em ambiente mais saudavel e furta-se às causas agravantes, que incidem sobre o trabalhador rural. A êste se pode aplicar aquilo que Mac Callan (21) disse com referência ao Egito: “A ausência dos mais rudimentares dispositivos higiênicos na maior parte das casas e a falta de qualquer sistema de esgotos e dispositivos para o material refugado, não podem de forma alguma ser compensadas por qualquer forma de educação”. Julgamos irrealizavel em nosso meio a campanha de profilaxia que vise a diminuição do número de contaminados, porque não nos é possível nem isolar nem vacinar os filhos dos tracomatosos, como o podemos fazer com os filhos dos leprosos e dos tuberculosos: o máximo que se conseguirá será a redução dos casos graves pelo tratamento médico e cirúrgico, dado em tempo útil ao trabalhador rural.

Via de regra, o tracoma recenseado nas estatísticas oficiais é o gritante, o flórido, o espalhafatoso, o *tracoma superinfectum* (Koch-Weeks, Morax-Axenfeld, Neisser), que vem à presença do médico já devidamente etiquetado; o tracoma puro, afecção crônica de evolução lenta e insidiosa, escapa sempre aos que desprezam a lâmpada de fenda. A percentagem real de tracomatosos é muito maior do que a consignada nas estatísticas.

Quem fizer uso quotidiano da lâmpada de fenda, em consultório oftalmológico instalado dentro dos limites de S. Paulo, com o esquecimento propositado da sentença clássica de Sergent — o tracoma é doença da miséria e da promiscuidade — focalizando de todos os seus clientes aquela região do limbo a que se convencionou apelar de lú-nula, homologará o que a nossa observação registou: muito doente que anda de consultório em consultório, como que simulando pequenos defeitos, para cuja correção esféricos e cilíndricos em gráus mínimos ora se alternam ora se combinam, sem lhes dar jamais a euforia desejada; em que dôres de cabeça e perturbações visuais (baralhamento das letras) surgem durante a leitura; em que bléfaro-conjuntivites rebeldes são de aparência banal (2), em que ulcerações corneanas punctiformes, aparentemente primitivas, acarretam fotofobia e lagrimação intensa; em que uma conjuntivite crônica (23) zomba do zinco, da prata e das po-

(21) Vide S. A. Toledo — Cooperação da Escola Primária no combate ao tracoma, p. 99.

(22) Vide Charlin — Le trachome occulte — Arch. Hisp. Am. d'Oftalm., 1934, pg. 569.

(23) Vide Busacca — L'usage systématique de la lampe à fente m'a permis d'établir qu'une partie des conjunctivites légères que, pendant des années j'avais diagnostiquées comme rentrant dans la catégorie incertaine des conjunctivites chroniques, n'étaient autre chose qu'une forme atténuée de trachome” — La pathologie du Trachome — XV Conc. Ophthalmologicum, 1937, Egypte, p. 154.

Referindo-se às ocasiões em que se póde encontrar o tracoma, diz Mac Callan: “It may be found by accident when an infected person seeks the advice of an ophtalmologist for glasses, thought there have been no symptoms of discomfort, the disease having obtained a permanent station in the conjunctiva by imperceptible degrees”. — Trachoma, p. 7.

madras; em que uma coceirinha importuna, uma vermelhidão periódica das conjuntivas, uma fotofobia inexplicavel, uma lagrimação gratuita, uma secreção extemporânea o incomodam ha muito tempo ou ha alguns dias, é um tracomatoso oculto, um portador de tracoma frustrado no qual a afecção foi dominada, mas deixou, indelevelmente, no pano tênue, a lembrança de sua passagem. Como assinala Galante, na região límbica dos tracomatosos existe "*uno stato permanente di irritazione flogistica discreta che la piú lieve cagione, esogena od endogena, esalta*". Nas conjuntivas, quasi nada — ligeira hiperemia, com alterações da disposição normal dos vasos e desaparecimento do desenho das glândulas de Meibomius; no limbo, a vascularização anormal descendo sôbre a córnea e que não é a da conjuntivite flictenular, a da queratite parenquimatosa, a da lepra, a da leishmaniose, a da escrofulose. . . É um pano sui generis, que só se encontra em contaminados pelo tracoma, o qual entre nós, penetrou em todas as classes sociais.

Para a diagnose diferencial entre o tracoma e as demais conjuntivites que o podem imitar (primaveril, folicular, das piscinas, actinomicósica, de Parinaud, tuberculosa, sifilítica, medicamentosa), no registo dos caracteres clínicos decisivos, como sejam a ausência da adenopatia préauricular, a predominância da conjuntiva tarsal e supra tarsal da préauricular, a predominância de foliculos na conjuntiva tarsal e supra tarsal da pálpebra superior, as cicatrizes, ocupa o pano ainda o primeiro lugar, graças à sua precocidade e à sua infalibilidade.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALVARO MOACIR — Limbo alargado, sina' de Tracoma, Arqs. de Clin. Oftal. e Oto-Laring. Ano V, N.º 1, 1938, Porto Alegre, pg. 107.
- 2 — BORSZEZEWSKI, S. — Sôbre o valor diagnóstico da biomicroscopia do limbo corneano superior no tracoma e nas conjuntivites. Trachôme Diagnostique et Prophylaxie, Travaux du I Congrès du Trachôme de la Société Polonaise d'Ophthalmologie, Varsóvia, Ano 1936, pg. 113.
- 3 — BUSACCA — La frequenza delle complicazioni corneali nel tracoma dedotta dello esame di cento casi. Rev. Int. Trachome, 1933. p. 57
- 4 — BUSACCA — Les premières phases de développement du pannus trachomatux étudiées au biomicroscope et dans les coupes histologiques. Arch. d'Ophthalmologie, T. I. N.º 4, 5 e 6, 1937.
- 5 — BUSACCA — La pathologie du trachome. XV Concilium Ophthalmologicum, 1937, Egypte, p. 153.
- 6 — CORNET — La vascularization cornéenne des trachomateux. Sa valeur clinique. Rev. Int. Trachome, N.º 1, 1937, p. 1
- 7 — CHARLIN, — C. — Le trachome occulte Ar. Hisp. Amer. d'Ophthalm. Nov. 1934, p. 569.
- 8 — FALTA, MARCELL — De l'unité dans quelques questions du Trachome — Rev. Int. du Trachome, Avril, 1934, p. 92.
- 9 — CUÉNOD ET NATAF — Biomicroscopie du pannus trachomateux au début. Arch. d'Ophthalmologie, 1931.
- 10 — CUÉNOD ET NATAF — Le Trachome — Traité d'Ophthalm. T. IV. p. 443.
- 11 — GALANTE — Studio biomicroscopico della regione limbare dell'occhio di soggetti tracomatosi — Rev. Int. du Trach. 1934, p. 129.
- 12 — KANY — Etude biomicroscopique du pannus trachomateux - Tése Lyon, 1936.

- 13 — KWASKOWSKI, A — O limbo corneano no tracoma e nas conjuntivites, visto à lampada de fenda. *Travaux du 1.º Congrès du Trachome de la Societé Polonaise d'Ophtal.*, Varsóvia, 1936, p. 114.
- 14 — MAC CALLAN — *Trachoma*, London, 1936, p. 12.
- 15 — MAC CALLAN — Introductory address by the President XV Concilium Ophthalmologicum, Egypte, 1937, p. 104.
- 16 — MADROSKIEWSICZ, M. — Notas sôbre o pano tracomatoso inicial. *Travaux du I Congrès du Trachome de la Soc. Polonaise d'Ophthalmologie*, Varsóvia, 1936, p. 116.
- 17 — MORAX et PETIT — *Le Trachome*, Paris, 1929, p. 6.
- 18 — MEYERHOF — Sur quelques formes graves du trachome observées en Egypte, *Rev. Int. du Trach.* 1929, p. 69.
- 19 — MICHAÏL — Aperçu générale sur la pathologie du trachome. XV Concilium Ophthalmologicum, 1937, Egypte, p. 134.
- 20 — NIEMEYER — Um caso de queratite intersticial profunda tracomatosa. Ao 1.º Congres. Arg. de Oftalmologia.
- 21 — RUATA — *Oftalmologia dei Paesi Caldi*, Milano, 1938, p. 192.
- 22 — ROSTKOWSKI, L. — O diagnóstico do tracoma no estado inicial. *Travaux du 1.º Congrès du Trachome de la Soc. Polonaise d'Ophtalm.* Varsóvia, 1936, p. 116.
- 23 — SANTOS PAULA — Alguns aspectos do pano corneano. *Arqs. Bras. de Oftalm.* Vol. II, n.º 3, 1939, p. 101
- 24 — SANTOS PAULA — Sôbre a frequência dos vasos parenquimatosos na córnea dos tracomatosos. *Arq. Bras. Oftalm.* n.º 1, 1938, p. 5.
- 25 — SCHOUSBOE — Étude das aspects cliniques du début du trachome e l'aide de graphiques. *Rev. Int. du Trach.* 1933, p. 4.
- 26 — SZYMANSKI, J. — Os exames suplementares para o diagnóstico do tracoma. *Travaux du 1.º Congrès du Trachome de la Soc. Polonaise d'Ophtalm.* Varsóvia, 1936, p. 113
- 27 — TOLEDO, S. A. — Cooperação da escola primária no combate ao tracoma, p. 125.
- 28 — TOULANG — Le trachome fruste, *Rev. Int. du Trach.* 1938, p. 65.
- 29 — TRUBIN — L'importance du pannus latent pour le diagnostic du trachome. *Rev. Int. du Trach.* 1937, p. 55.
- 30 — VALLE, SÉRGIO — Subsídios para o estudo da lepra ocular. *Arqs. Bras. de Oftalm.*, Vol. III, N.º 2, Abr. 1940, p. 61.
- 31 — WILSON — *Ophthalmia Aegyptiaca*. *Amer. J. of Ophthalmology*, 1932, p. 403
- 32 — ZAMENHOF, ADAM — O exame à lupa no diagnóstico do tracoma. *Travaux du 1.º Congrès du Trachome de la Soc. Polonaise d'Ophthalmologie*, Varsóvia, 1936, p. 115.
- 33 — ZACHER, M. — A aplicação do oftalmoscópio para o diagnóstico do tracoma, *Travaux du 1.º Congrès du Trachome de la Societé Polonaise d'Ophthalmologie*, Varsóvia, 1936. p. 115.

## **Hipovitaminose — Sua repercussão na visão**

ARTHUR BORGES DIAS — Rio de Janeiro.

---

As vitaminas têm atingido nos ultimos anos, graças às intensas e surpreendentes experimentações, aspectos de excepcional importancia. Elas são, como o seu nome indica, substancias indispensaveis à vida,