

À volta de um fichario.

J. M. ROLEMBERG SAMPAIO — Rio Preto, Est. S. Paulo.

As estatísticas têm os seus simpatizantes, assim como críticos severos; entretanto, até hoje estes últimos não lhe arranjam substituto.

Tratando-se de doenças e doentes, elas têm incontestavelmente, grande valor, desde que falem com altos algarismos.

Assim, não é perdido nenhum esforço parcial para fazer crescer esses números e dar, em consequencia, maior força às suas afirmações.

O que aquí vai é fruto de alguns anos de clinica na cidade de Rio Preto, Estado de São Paulo.

Os dados são tirados das 3.000 primeiras fichas de meu arquivo, número redondo, para facilitar os cálculos que correspondem a doentes de Rio Preto e municipios vizinhos, na seguinte porcentagem:

Rio Preto	44 %
Mirasol	13 %
Cedral	7 %
Potirendaba	5 %
Tanabí	3 %
Ibirá	3 %
Monte Aprazivel	3 %
Catanduva	3 %
Inácio Uchoa	2 %
José Bonifacio	2 %
Nova Granada	2 %

Os 13 % restantes pertencem a doentes procedentes de 70 diferentes localidades do Estado, ou limítrofes, em porcentagem inferior a 1% cada uma.

Os doentes procedem, em grande maioria (mais de 70 %), da zona rural.

Procedi às estatísticas fazendo três blocos de mil fichas em ordem cronológica da apresentação dos doentes, verificando assim o traçado ascendente, descendente ou estacionario dos diferentes itens nosológicos.

Em primeiro lugar, quanto ao *tracoma*: nas primeiras mil fichas, encontrei 43 % desta molestia; em 2.000, 37 %, e em 3.000 (1.137 consultas), 32,7 %.

Há quem diga que o oculista, no interior de São Paulo, devia mudar o nome para "tracomista", em face da preponderância dos tracomatosos entre os seus clientes. Não vejo justiça nesta afirmação, pois no meu caso eles começaram com menos de 50 % e já vão diminuindo em proveito dos casos de refração, com tendencia a chegar ao nivel das clínicas das grandes cidades.

Os casos de refração seguiram a seguinte marcha: em 1.000 fichas, 14,5 %; em 2.000, 15,8 %; e em 3.000, 20 %.

Cabe, aqui, uma explicação. Há tempos, em uma conversa entre oculistas, eu disse que, ao iniciar a minha clínica em Rio Preto, o número de tracomatosos que me procuravam era tão grande que parecia ser a quasi totalidade da minha clientela. É possível que, por força de expressão, tenha usado o número de 90 %, mas isto sem verificação documental.

Acontece que, logo depois, o Dr. Aureliano Fonseca escreveu um artigo dando como exato e atribuindo a mim aquele número, e, como “escrita manente” “et. . . proliferant”, isto tem sido repetido em escritos vários e até no livro do Dr. Silvio de Toledo. Por isso, aproveito a oportunidade, para desfazer este engano, apresentando os meus números exatos.

Nas 3.000 fichas, encontrei 1.028 casos de tracoma, distribuidos pelas seguintes idades:

Até 7 anos	175 casos
de 7 a 12 anos	124 casos
Acima de 12 anos	729 casos

Nestes todos, encontrei 17 com tracoma associado a pterigio, e 46 tinham também úlcera da cornea. Não incluí nestes números os casos “suspeitos” que figuram no item “conjuntivite catarral crônica, sem classificação”, nem os casos completamente cicatrizados (Tracoma IV), que me procuraram por causa das sequelas do tracoma (triquiasis, manchas e leucomas aderentes), nem incluí na denominação “pterigio” os pseudo-pterigios cicatriciais.

Os casos de tracoma IV com sequelas foram em número de 93.

As conjuntivites estão divididas da seguinte maneira:

Conjuntivite catarral aguda e sub-aguda . . .	178 casos
Conjuntivite catarral crônica, s classificação	116 ”
Conjuntivite folicular	27 ”
Conjuntivite primaveril	2 ”
Conjuntivite purulenta	5 ”
Conjuntivite neonatorum (não purulenta) .	9 ”
Conjuntivite angular	10 ”

Todas as conjuntivites somadas, inclusive tracoma em diferentes estados, mantêm, no meu fichario, a seguinte classificação percentual: em 1.000 fichas, 57 %, em 2.000, 49 %; em 3.000, 47 %.

Sobram, em consequencia, 33 % de outras afecções oculares, divididas da seguinte maneira, sempre em 3.000 fichas:

Úlceras da cornea	4,3 %
Blefarites	2,3 %
Uveites e irido-ciclites	1,8 %

Corpos estranhos superficiais	2,8 %
Ferimentos	1,9 %
Cataratas	3,0 %
Dacriocistites	1,0 %
Pterigios	1,8 %
Irite	1,0 %
Anoftálmicos	1,0 %
Os outros itens não atingem	1,0 %

O tratamento do tracoma que eu uso é o clássico: mecânico, associado ao nitrato ácido de mercurio ou ao sulfato de cobre. Nestes últimos seis meses, tenho usado também as sulfanilamidas de diferentes fabricantes. Método de Loe, a princípio, e depois dosagem variada e maior, que não me trouxeram arrependimento.

Aplicado o tratamento em 75 doentes, tive, até agora, o seguinte:

Bom resultado	24 casos
Resultado nulo	7 ”
Duvidosos	13 ”
Em observação	31 ”

Chamo “bons resultados” àqueles em que os sintomas subjetivos desapareceram rapidamente e em que, até agora, tenho notícia de que os doentes se sentem muito bem. Há uma regressão rápida da infiltração tarsal, dando a impressão de uma próxima cura; persiste, porém, um ligeiro pano. Si isto for duradouro, não há dúvida que se descobriu um grande remédio para o tracoma.

“Resultado nulo” eu denomino aos casos em que me foi possível ter certeza do uso regular do medicamento, sem que o doente acusasse qualquer melhora subjetiva. Dos sete casos, dois são de antigos tarsectomizados, nos quais não se pode dizer si é o tracoma ou o estado de prexerose que causam o lacrimejamento e a fotofobia, ou si ambos.

“Duvidosos” são aqueles em que o uso do medicamento não pode ser controlado. Isto se compreende, porque numa clínica de trabalhadores rurais não é possível manter-se assistência contínua.

Entre os casos “em observação”, vou notando uma grande percentagem de futuros “bons resultados”.

Note-se que só usei a sulfanilamida em casos rebeldes, desses que se eternizam no consultório. Até há pouco, dizia-se que o argirol e a operação de Lagleyze evitavam a cegueira pelo tracoma comumente associado a conjuntivites agudas; hoje, podemos acrescentar a sulfanilamida.

Os casos de “anomalias da refração” são em número de 618, assim distribuídos:

Hipermetropia	76 casos
Astigmatismo hipermetrópico simples	75 ”
Astigmatismo hipermetrópico composto	143 ”

Miopia	41	”
Alta miopia	39	”
Astigmatismo miópico simples	28	”
Astigmatismo miópico composto	54	”
Astigmatismo misto	7	”
Presbiopia	142	”
Astenopia acomodativa	13	”

A porcentagem relativa das diferentes anomalias da refração correspondem à do comum dos autores, notando-se talvez um número pouco crescido de “altos miopes” em relação aos simples “miopes”.

Aquí, é preciso, também, lembrar o fato de serem os consultantes, na sua maioria, trabalhadores rurais, nos quais a miopia (chamada escolar) é rara. Adoto para estas duas espécies de miopia as definições que, creio, são de MAWAS: *alta miopia* é toda aquela que, sendo superior a 5 dioptrias, não dá visão bôa e apresenta lesões coróideas, e *miopia* simples é aquela que, de qualquer grau, dá visão perfeita e tem *fundus* normal.

Uma questão que também procurei estudar foi a da transformação do astigmatismo corneano com a idade. O Dr. MONOD, de Bordeaux, afirma (*Société Française d’Ophtalmologie* - 1927 - pag. 230), embora contradito por nomes mais autorizados, que, nos moços, o astigmatismo direto ou conforme a regra é mais comum que o inverso ou contra a regra, e que, nas pessoas idosas, se verifica o contrario, o que vem confirmar a opinião dos que acreditam na modificação do astigmatismo.

Em meu fichario, onde os astigmatismos ocupam cerca de 50 % dos casos de anomalias de refração, não se verifica este fato.

Astigmatismo direto:

Até 20 anos de idade	83	casos
Acima de 20 anos de idade	118	”

Astigmatismo inverso:

Até 20 anos de idade	27	casos
Acima de 20 anos de idade	79	”

De “cegueira”, encontrei 13 casos, assim distribuidos:

Atrofia óptica	5	casos
Irido-ciclite	3	”
Glaucoma	2	”
Glioma	1	”

Leucomas aderentes:

em consequencia de conj. gonocócica	1	”
em consequencia de tracoma	1	”