

LEPRA OCULAR TRATAMENTO

DR. J. MENDONÇA BARROS

Medico oculista do Sanatorio Padre Bento

Como contribuição a esta reunião dos medicos do Departamento de Profilaxia da Lepra de S. Paulo, vimos trazer o que tivemos oportunidade de levar a efeito no SANATORIO "PADRE BENTO", em dois e meio anos de trabalho, em materia de *tratamento das complicações oculares da lepra*.

Se é variavel, em limites bastante extensos, a percentagem que os diversos autores, nos centros os mais adiantados da leprologia mundial, atribuem á frequencia de lesão do aparelho visual, nos atingidos de mal de Hansen, em uma cousa ha uma quasi complete concordancia entre todos: o seu prognostico, bastante serio, reduzido que esta o medico a fazer, infelizmente, bem pouca cousa, de tal maneira que este capitulo, como, recentemente, dizem SCHUJMANN, FERNANDEZ e HUBER, é breve e laconico em todas publicações.

Pondo de parte citações de trabalhos que tenhamos compulsado para nos por ao par do que, em partes outras, tenha sido feito a este proposito, diremos apenas de nossa maneira de proceder frente aos atingidos de lesões oculares que temos atendido no Sanatorio e que nada mais representa que sumula do que e feito fora daqui e se manifestou de alguma eficacia, em certos casos, junto ao emprego de processos que analogias tenham nos sugerido, ao lado de algumas considerações gerais que o assunto comporta.

Para verificação da existencia de comprometimento ocular praticamos, sistematicamente, exame de todos os doentes internados, perquanto, como é sabido, a não ser nos casos de afeções agudas, os portadores de lesões oculares cuja cronicidade é a mesma da evolução da lepra, só aparecem a se queixar quando com debito visual bastante extenso e, por vezes, com lesões irreparaveis e cuja condição poderia, talvez, ter sido melhorada por uma medida terapeutica, ainda que sintomatica pura, executada em tempo.

Consideraremos as lesões de *carater agudo* e as *cronicas da lepra*.

Complicações agudas — Descrita tem sido a existencia de um tipo ocular de reação leprotica ("Irite, conjuntivite ou outras inflamações agudas, envolvendo os olhos, provavelmente de natureza leprotica — LARA").

Como tivemos oportunidade de salientar em nossa tese de doutoramento, nossa atenção fôra, em tempo, chamada para o aparecimento de *lesões oculares* (queratite, irite) *de decurso agudo* (tão em contraposição á cronicidade com que evoluem as lesões oculares típicas da lepra) *concomitantemente á reação leprotica*, como que indicando u'a mesma causa em jogo.

A alergia geral (segundo explicação aceita para a reação) era acompanhada de hipersensibilidade ocular, dando em resultado acometimento do órgão de maneira tal. A terapeutica desensibilizante usada fazia desaparecer a reação geral, bem como a particular para o lado dos olhos, devendo-se, porem, notar não haver paralelismo absoluto entre ambas, pois muitas vezes a ocular cedia antes que a geral tivesse sido debelada, ou vice-versa.

Fase delicada no tratamento da lepra, tem-se nela que agir com prudencia maxima; é quando preciosas indicações fornecem o *indice de sedimentação* e a *carta termica*, como, ha tempos, mostrou nosso companheiro SOUZA LIMA em que se não suspendemos o tratamento, temos ao menos que diminuir-lhe a intensidade, dosando-o com precauções ainda maiores.

Com o correr das observações nossa atenção voltou-se para caso de certo modo diferente do anterior:

“aparecimento de lesões oculares de decurso agudo, isoladamente, sem que estivesse presente reação cutânea”.

Se a possibilidade anterior é interessante, digna de atenção e de cuidados, não o é menos a presentemente exposta. Com efeito: doente cuja molestia vai evoluindo mais ou menos normalmente (segundo o consenso geral), subitamente é portador de reação ocular notavel. Ate então pouca cousa ou mesmo nada sentira de anormal em seus olhos e bruscamente apresenta-se com eles grandemente hiperemiados, injeção conjuntival e peri-queratica intensissimas, lacrimejamento, fotofobia, que o obriga a permanecer fechado em seu quarto, completamente As escuras. O exame objetivo constata, além do que descrevemos, uma infiltração difusa da cornea, vasos em abundancia. sendo que, nesses casos, com grande dificuldade é que examinamos a iris, ou mesmo tal não é possível. Em casos outros esta é a exclusividade atingida: encontramos a mesma injeção peri-queratica e conjuntival, aspecto menos dramatico talvez, iris com desenhos esmaecidos. turva. fortemente hiperemiada.

Estes são casos que, considerados como devidos á lepra, constituem uma reação leprotica localizada, representativos de verdadeira alergia local.

Observamos esta reação aguda, como descrita, com frequência maior para o lado da íris, vindo depois a córnea. Em um caso de doente submetida a tratamento pelo *iodeto de potássio*, pudemos observar conjuntivite, ou melhor, hiperemia conjuntival intensíssima, isolada, apenas com sensação de "queimação" (sic) e sem qualquer perturbação visual. O exame com lâmpada de fenda nada demonstrou para o lado dos restantes tecidos, sendo a córnea absolutamente transparente, o aquoso sem sinais de turvação, a íris perfeita em seus desenhos, conformação e reação. Vitreo sem sinais de corpos flutuantes, fundos normais.

Esses casos que podemos rotular como reacionais, após diagnóstico diferencial que fazemos da maneira possível, temos tratado:

- 1.º Suspensão do tratamento especial (chalmogra, iodeto);
- 2.º Medicação geral desensibilizante (em geral a autohemoterapia que é um verdadeiro desensibilizante específico);
- 3.º Medicação particular, sintomática, que cada caso comporta

1.º Suspensão do tratamento — Sendo a reação ocular uma reação leptótica, como tudo parece indicar, seu tratamento terá que seguir as diretrizes desta.

2.º Medicação geral desensibilizante — Pelo que observamos, parece exercer influência bastante considerável a *autohemoterapia* e a *proteínoterapia inespecífica*. Optamos pela primeira, com a qual verificamos desaparecimento mais ou menos rápido dos sintomas inflamatórios, retorno da sedimentação, que em geral se altera, aos seus valores anteriores, sendo o apagamento de achados outros mais tardios (edema da córnea, etc.).

3.º. Quanto á medicação sintomática não oferece diferença nos casos de ataque ocular de outra etiologia: os banhos de vapor, atropina, dionina, etc.

Um das palavras em especial merecem os casos de irite: nestes, tem-se grande dificuldade em produzir a dilatação pupilar mesmo na ausência de sinequias, visto que em esta do em que a íris parece normal, aquela é, não raro, incompleta pelo uso dos miátics, talvez por lesão do dilatador. Recorremos as concentrações de atropina a 1 e 2 %, por vezes mesmo á atropina em substância, para o que colocamos no fundo de saco inferior, fazendo pressão sobre a região do saco lacrimal, certa quantidade do alcaloide. Se pequena sinequia tiver se formado, como adjuvante da atropina, temos tentado seu rompimento com injeções subconjuntivais, de cloridrato de adrenalina, junto ao limbo, em parte correspondente.

Muitas vezes os sintomas inflamatórios se esvaem rapidamente. É necessário, porém, continuar com o uso de atropina mantendo, quanto

possível, a pupila dilatada por bastante tempo. O edema de cornea que é conmpañheiro habitual de tais casos, permanece, às vezes, por semanas. Esperamos sempre algum tempo após desaparecimento dos sintomas inflamatórios oculares para indicar o retorno ao tratamento especial.

Temos varios casos de doentes que têm tido destas reações e cujos sintomas desapareceram após um certo periodo, apressados pela medicação empregada, com retorno mais ou menos completo a integridade funcional. Novo surto, porém, se processa em época mais ou me- nos longa, nem sempre se podendo acudir a tempo e hora; sinequia, pigmento sobre cristalóide anterior, exsudato, vão constituir embaraço á visão, possivelmente aumentado em ataque posterior.

Após esses surtos, a exemplo do que acontece para o lado da pele mais leproticos se tornam os olhos dos pacientes. Desaparecem os sintomas agudos, mas quasi sempre fica uma infiltração, ponto de partida para lepromas, etc. Examinando doentes que ha tempo tinham tido reações agudas (irites) notamos formação de lepromas em muitos deles, não obstante em estado de melhora cutanea.

Consideração especial merecem as lesões que tomem o corpo ciliar: se um acesso de irite ou queratite aguda reacional desaparece e se pode evitar formação de sinequias no 1.º caso e não ha depositos de pigmento ou exsudato que impeçam a visão, regressão igual nunca vimos para o lado das ciclites. Os precipitados que se formam er face posterior da cornea são o ponto de partida frequente pare lesões de vulto ainda maior.

As lesões crônicas —

Anexos — infiltrados e tuberculos que se observam para o lado da região superciliar sic) tratados preferentemente pela injeção intra-dermica do óleo de chalmogra ou seus derivados. Os portadores de lepromas do rebordo ciliar (zona que não se presta á infiltração) são cuidados pela galvano-cauterização.

Globo propriamente dito. — Nos casos de lesões oculares crônicas, tomamos cuidado com o tratamento geral, no que diz respeito As ,doses do medicamento utilizado, fornecendo sempre ao encarregado da direção do tratamento antileprotico, relação dos doentes com tais lesões e que, por isso, não recebem as altas doses utilizadas nos outros casos, visto como estas são as mais propensas a desencadear *reações leproticas*, suscetíveis de agravar um estado ocular anterior já em deficit.

Como dissemos no inicio, grande pessimismo reina a respeito do

tratamento de tais lesões. Ultimamente o ouro levantou algumas esperanças, tendo-se em vista principalmente os trabalhos de HOFFMANN, de Cuba.

Tivemos ensejo de usar essa medicação ora isoladamente, ora em associação com os esteres do chalmogra em pequena dose (2 a 3 cc. duas vezes por semana).

Tratamos 16 doentes, sendo o preparado usado o Solganal B oleoso, via intra-muscular. Desses 16 pacientes: em um ha coincidência da melhora do estado ocular com regressão da infiltração típica, em outro 2 melhora de visão sem que pudessemos observar desaparecimento ou melhora das lesões: em 8 o resultado foi negativo a posterior e dos 5 restantes perdemos dous de vista, por remoção e os outros 3 faleceram de causas diversas.

Apresenta o ouro grande dificuldade no seu manejo que e bastante difícil e delicado.

Nas formas hiperplasticas de queralite lançamos mão da cauterização, eventualidade bastante rara no Sanatorio, dada a forma dos doentes internados. Poderá talvez esse meio prestar serviços, ate certo ponto, desde que se faça cauterização precoce quando se constata com o microscopio corneano, a infiltração a partir do limbo, não deixando de atingir com o cauterio tambem as partes superficiais adjacentes da episclera

Os lepromas episclero-conjuntivais são excisados e cauterizada a seguir, cuidadosamente, a episclera.

Complicações paralíticas. — Deixamos de falar em tais complicações visto não termos pratica quanto á cirurgia recomendada no S. P. B.

Terminando, parece-nos inegavel que não temos um tratamento especial, a não ser o cauterio para certos casos. Não se pode divorciar o estado geral do ocular e somente o tratamento geral, quem sabe, impedira o aparecimento daquelas lesões.

CONCLUSÕES

1.º Os surtos agudos oculares (reação leprotica) beneficiaram-se pelo uso da medicação dessensibilizante (especialmente auto-hemoterapia), junto á sintomatica e suspensão provisoria do tratamento especial.

2.º. As formas hiperplasticas de queratite bem como os lepromas episclero-conjuntivais, foram tratados com a excisão e cauterização.

3.º. Os sais de ouro não corresponderam ao que deles se esperava, dado o entusiasmo com que a seu respeito falam varios autores, entre outros HOFFMANN.