

# ASPECTOS CLINICOS DO COMPROMETIMENTO DA IRIS NA LEPROSA

J. MENDONÇA DE BARROS  
*Oculista do Sanatório "Padre Bento"*  
*Gopóiva.*

O presente trabalho basêa-se na observação de 137 doentes portadores de lesões irianas em um total de 800 pacientes acompanhados num prazo que varia de 1 a 6 anos no Sanatório "Padre Bento".

*DIVISÃO* — Do ponto de vista clinico, os pacientes em questão podem ser agrupados da maneira seguinte:

- 1.º *os portadores de uma forma difusa de Irite, serosa ou sero fibrinosa.*
- 2.º *os que apresentam um comprometimento localizado : Leprosia miliar ou nodular.*

O primeiro agrupamento pode, ainda, apresentar 2 subdivisões:

- a.) *a afecção assume um tipo agudo ou super-agudo*
- b.) *um tipo sub-agudo ou cronico*

Assim, em um quadro:

Comprometimento Iriano	a. Difuso	1. Irite difusa aguda ou super-aguda.
		2. Irite sub-aguda ou cronica
	b. Localizado	— Leprosia miliar ou nodular.

1.º *IRITE DIFUSA AGUDA* — Associada ou não a uma exacerbação aguda generalizada, a uma Reação leptotica, é de início raramente insidioso, sendo este; o mais das vezes, caracterizado por sua subitaneidade, com sintomas inflamatórios intensos, que vão num crescendo rapido, prontamente atingindo um acme em que as dores são intoleraveis, a fotofobia intensa, o lacrimejamento e o blefarospasmo acentuadissimos : todos os sintomas subjetivos de uma *Irite aguda* ou, mesmo, *super-aguda*. Não é frequente o ataque a ambos os olhos ao mesmo tempo.

**SINTOMATOLOGIA.** A *dor* propaga-se ordinariamente para toda a região periorbitaria: á pressão a região do corpo ciliar é, tambem, sensível, sensibilidade essa que, as vezes, é bem localizada.

A *acuidade visual* é comprometida, para tal havendo motivo bastante no edema de cornea, turvação do aquoso, etc.

Outros sinais funcionais são aqueles já mencionados: fotofobia, lacrimejamento, blefarospasmo.

Nem todos os *sinais objetivos* são perfeitamente apreciados com a vista desarmada ou simples iluminação obliqua e lupa: a lampada de fenda e o microscopio binocular são recursos preciosos para o estudo de certas minucias que descreveremos, embora seu emprego apresente, não raro, dificuldades pelo incomodo que a luz da lampada produz.

*Injeção ciliar*, isolada, é de achado raro, havendo, ao contrario, uma hiperemia generalizada intensa, acrescida de injeção ciliar. Geralmente, como em toda a Irite, a pupila é pequena, a Iris turva, hiperemiada, congestão que, frequentemente, é bastante conspicua.

*Edema de cornea*, edema endotelial, sobretudo, é um companheiro constante: sua intensidade é proporcional aos fenomenos inflamatórios, difundido a toda a cornea ou limitado a placas, ocupando, então, um setôr e de limite nítido, uma verdadeira linha reta com o tecido vizinho, setôr esse geralmente localizado na porção inferior da cornea.

*Exsudatos na face posterior* da cornea são frequentes, nem sempre sendo um achado precoce mas aparecendo muitas vezes do meio para o fim do ataque. Ora são pontos finos, ora teem um desenvolvimento mais acentuado; seu numero, porém, é raramente bastante elevado.

*Caractéres do humor aquoso* — A Irite aguda da lepra é uma afecção eminentemente serosa, ou melhor sero-fibrinosa, como se

verá adiante ; a anormalidade vai desde um ponto em que ha apenas tindalisação mais ou menos acentuada do aquoso a um em que se nos afigura haver uma sua coagulação em massa, achado bastante frequente e *sempre* em relação diréta com os fenomenos inflamatórios e com a dar. Os filamentos assumem formas variadas : ora são *tufos* mais ou menos grandes, uma verdadeira arborisação, ora revestem o aspecto de *teia de aranha*, tudo em relação com a superficie anterior da Iris. Nos casos extremos ha imobilisação em massa do aquoso, enormemente turvo, coagulado, caso em que a dar ciliar é intensissima e a tensão sempre aumentada.

Não podemos deixar de comparar esse aspecto com o descrito e dado, por alguns, como patognomônico da *Irite gonococcica*. BUTLER (1) diz que "filamentos e coagulos na camara anterior não são associados com ciclites ou coroidites, mas com *Irite gonococcica*". Cita DEVEREUX MARSHALL que ensina que a presença de coagulo na camara anterior é patognomônica de uma infecção gonococcica. "Embora isso possa de algum modo ser dogmatico" (continua BUTLER) "posso dizer que todo paciente em quem encontrei essa condição era portador de uma Irite gonococcica, estando pessoalmente de inteiro acordo com Devereux Marshall".

Em um numero relativamente grande de casos vistos por nós e onde, de maneira segura, se podia afastar a possibilidade de uma gonococcia como causa de erro, fizemos aquele achado: não será, portanto, um sinal patognomônico tanto para a Lepra como para uma etiologia Neisseriana mas, antes, um achado comum a ambas, quiçá a outras infecções ainda, e não o único, dado que ainda apresentam de habito recidivas frequentes o que serve para mostrar, mais uma vez, como se deve desconfiar dos *sinais patognomonicos* em Medicina.

*EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES* — Surgido da forma descrita, o ataque de Irite difusa aguda é de duração variável, influenciado ou não pela terapeutica geral usada e não poucas vezes em relação diréta com o estado geral do doente: nos casos bons apagam-se os sinais inflamatórios externos em prazo que vai de 2-3 semanas a 2 mezes ou mais, em media, perdurando por mais tempo o edema de corna, uns poucos corpos flutuantes no aquoso, etc.

---

(1) — T. H. Butler — An illustrated Guide to the Slit-Lamp — Oxford University Press (1927).

Casos ha em que a persistência desses sinais ulteriores é quasi indefinida, assumindo, então, a, Irite, um tipo sub-agudo ou mesmo cronico. Em certos doentes, portadores de hipersensibilidade elevada e, na quasi totalidade, pertencentes á chamada forma lepromatosa ou cutânea, altamente baciliferos, os surtos agudos se sucedem, recidivando a cada passo.

A formação de sinequias posteriores está quasi sempre em relação com a gravidade dos ataques: os casos em que a infalamação perdura por mais tempo, em que houve exsudação abundante no aquoso, são os mais propensos ás adherencias que, diga-se de passagem, costumam ser extraordinariamente fortes. Tem-se, não raro, dificuldade no lutar com sua iminente formação, dado que a dilatação pupilar, já de si difficil de ser obtida em toda Irite, pela pouca ou nenhuma absorção do medicamento pelo tecido inflamado, o é ainda mais nestes casos pela discreta resposta que, mesmo em condições aparentemente normais, muitos doentes de lepra apresentam aos midriaticos: é cousa habitual encontrar-se nos exames de rotina em Leprosario, pacientes que, na ausencia de qualquer lesão clinicamente verificavel, apenas apresentem dilatação media ou menos, a instilações repetidas de atropina a 1 ou, mesmo, 2 por cento. Por isso um surto agudo é bastante, ás vezes, para levar a acuidade visual a valores muito baixos.

Na sua evolução temos a citar ainda, a desintegração pigmentar comum a toda Irite; hemorragia na camara foi observada apenas duas vezes.

Recidivando frequentemente, baixa a cada surto a acuidade visual pelo acumulo de exsudato e pigmento no campo pupilar, aparece a atrofia da iris, ás vezes em setores onde se acumula exsudato que ai se organiza dando o aspecto comum a qualquer frite e que os inglezes denominam de "roído de traça" ("*moth-eaten*") e que se encontra muito bem representado na Figura 6. São encontraveis desgarros proximos á pupila e concentricos a ela, bem como destacamento da bainha pupilar; a Iris se torna plana, sem criptas, dificultada ou impossibilitada fica a comunicação entre as camaras posterior e anterior, pela seclusão pupilar, donde surgirem os sintomas de glaucoma secundario, se antes não tiver o olho entrado em atrofia por localização da doença ao nivel do corpo ciliar.

Casos ha em que o acumulo de exsudato na parte inferior do angulo da camara anterior forma algo semelhante ao hipopio, que pode ser mobilizado prontamente ou sofrer organização ulterior com o resultado que veremos a seguir, porquanto isto succede mais frequentemente no tipo seguinte.

2.º *IRITE DIFUSA SUB-AGUDA OU CRONICA*. — Estes são os casos em que os sintomas inflamatórios estão ausentes ou quasi; são, não raramente, verdadeiros achados de exame com lampada de fenda, sendo que, em outras, o doente comparece á Consulta se queixando tão somente de achar-se ligeiramente turva a sua visão. O exame verifica, então, injeção ciliar muito discreta, que, ás vezes, chega a passar quasi desapercebida ; o edema de corna está sempre presente, de character mais ou menos acentuado, apresentando sempre, como os demais sintomas, intensidade menor que nos casos enquadrados na divisão anterior. A tindalização do aquoso não é pronunciada, ás vezes um simples aumento de sua reluscencia; outras, são bem visiveis os corpos flutuantes, pigmentados ou não, presentes em grão medio ou pequeno. A pupila é, ás vezes, um pouco dilatada, reagindo á luz sempre com menos vigor que a homologa, dilatação essa verificada não poucas vezes, por paradoxal que pareça.

Estes casos não poucas vezes são bilaterais. A exsudação permanece por muito tempo e a tendencia á formação de sinequias é sempre menos acentuada.

Casos ha em que o ataque passa completamente despercebido ao doente e só tardiamente, ao se proceder a uma revisão rotineira, como de habito no Sanatorio Padre Bento, o achado de pigmento na cristaloides anterior, sinequias pouco desenvolvidas, um pouco de exsudato acumulado no angulo da camara, diz de inflamação que não encontra queixa por parte do paciente, ou a verificação de exsudato no aquoso fala por um surto sub-agudo ainda em evolução.

A exsudação á face posterior da corna, quando existe, é formada de pontos finissimos; os exsudatos, no entanto, podem ser verificados mais frequentemente no angulo da camara, geralmente no termino da exsudação do aquoso, assumindo forma arredondada ou não e se acumulando progressivamente para formar massas maiores que podem contrair adherencias firmes com a Iris e cuja organização subsequente conduz a um repuxamento e desgarramento de porções do tecido iriano, na vizinhança do grande circulo,

chegando á aplicar-se á face posterior da corna (figuras 10 e 11). Ás vezes esse repuxamento pode se refletir sobre a forma da pupila, alterando-a e sobre o angulo da camara cuja forma é modificada tornando-se arredondado ou obtuso.

Ha tendencia desses exsudatos para se acumularem no chamado angulo de filtração, assumindo pouco a pouco a forma circular e se tornando extraordinariamente espessos, como está representado na Figura 7 (GG.). Pouco a pouco vão surgindo de detrás do limbo e com o tempo vasos aparecem sulcando a sua superficie e o bordo livre que olha a camara apresenta, de espaço a espaço, uma formação arredondada que ai vai se acumulando : o que a principio parecia um acumulo de nodulos se torna uma membrana continua, translucida, mais ou menos transparente, deixando entrever por seu través mais formações nodulares (Figuras 3, 4 e 5)

Essas formações exercem ação toxica sobre a corna que a seu contacto se opacifica (Ver Figura 7) e apresenta vascularização profunda.

Em dois de nossos casos, classificaveis neste grupo pela parci-monia de sintomas inflamatórios, ha relação causal com traumatismo.

2.º *LEPRA MILIAR OU NODULAR* — Característico é o aparecimento de granulações irianas, perláceas, observaveis mais vezes junto ao esfincter em numero maior ou menor com o auxilio do microscopie, incontaveis por vezes, nem sempre com facilidade igual em todos os casos. E muito frequente a ausencia de qualquer reação inflamatória clinicamente evidenciavel mesmo á lampada de fenda, assim permanecendo por anos. Ha maior facilidade de verificação em olhos claros, onde a luz indireta permite maior visibilidade na espessura do tecido da Iris, sendo que em grande numero de casos o acometimento é duplo, a acuidade visual normal ou quasi, a reação pupilar normal, sendo que ás vezes resposta á atropina não é perfeita mas diminuida.

*Sinais físicos* — Como foi dito, o característico da forma é o aparecimento das granulações irianas, na ausencia de sinal inflamatório concomitante, isto é, sem que, clinicamente, se observe um periodo prodromico de Irite banal, sem tindal no aquoso. Sua verificação que, ás vezes, é facil quando de desenvolvimento mais completo, é por vezes dificultada, tendo-se e que recorrer ao exame com lâmpada de fenda e microscopio, este armado de Oc. 4 e Obj. 4 e

fazendo uso do metodo de iluminação indireta e dando uma ligeira supercarga á lampada.

A localização preferencial de tais nodulos e na região do esfínter, em pleno mesoderma profundo, portanto, formando ás vezes conglomerados de varios nodulos, outras rodeando quasi completamente a pupila como um colar e quando numerosos enchendo as criptas vizinhas. Ai são verificaveis mais vezes talvez pelo acesso mais facil á penetração da luz. Em casos varios podem ser vistos numerosos nessa região e esparsos por toda a Iris, desde a "colerette" até a raiz da membrana. (Fig. 1 e 2).

Pela inexistencia de sinais reacionais, pode-se dizer que o olho tem para tais formações uma tolerancia toda especial. Por vezes a transiluminação pelo cristalino demonstra que em relação com alguns desses nodulos, na região do mesoderma profundo, ha atrofia da capa pigmentar da iris, como si eles proviessem dela. Isto, entretanto, ocorreu apenas 2 vezes em nossos casos.

É preciso não confundir essas formações nodulares com outras que encontramos *sempre* com sinais de Irite banal anterior, serosa, e localizados de maneira quasi constante junto ao chamado angulo de filtração e em baixo (entre V e VII horas) e que parecem nada mais ser que exsudato que assumisse acidentalmente a forma de nodule, geralmente mais esbranquiçado. Sua localização nesse ponto pode ser devida, tambem, ás correntes termicas do aquoso. Essas formações pseudo-nodulares que aparecem preferentemente após exsudações de tipo medio (sub-agudas ou cronicas), podem formar conglomerados como couve-flor tambem em torno da pupila (Ver Figura 7) ; sobre as mesmas a ultima palavra será dada pela histologia, o que esperamos fazer em breve.

Algumas vezes se depositam sobre uma sinequia eoulterior rompimento desta por meio dos midriaticos faz com que se encontre massa pigmentar sobre a cristaloides anterior, e sobre ela um pequeno nodule dessa natureza.

Os verdadeiros nodulos miliares que encontramos em pleno mesoderma são assim vistos durante anos e até agora não pudemos assistir a uma sua transformação em massa maior, em um Leproma, o que parece plausivel dado que são considerados como Lepromas miliares.

Quanto aos outros nodulos, ou melhor aos exsudatos nodulares que se acumulam preferentemente junto ao angulo de filtração, po-

dem ser de duração efemera, desaparecendo de um dia para o outro, para ser reformados em pouco, ou então ir de encontro a um processo de organização, arrastando consigo a iris e acarretando as mesmas consequencias que já vimos a proposito da divisão anterior. (repuxamento da siris, sipequia anterior, transformação do angulo, etc.).

### **RELAÇÃO ENTRE OS TIPOS DIFUSO E LOCALIZADO DE IRITE**

As formas clinicas por nós descritas em absoluto não as consideramos com cousas distintas, mas tão somente episodios na evolução, aspectos que podem assumir em determinado momento: o tipo seroso inflamatorio, agudo, sub-agudo ou cronico, pode aparecer isoladamente, ou havendo sido verificada antes existencia das lesões miliares, não se podendo estabelecer, porém, que uma cousa seja a originadora da outra visto poderem existir independentemente, isto é, alterações miliares sem qualquer fenomeno exsudativo e exsudação intensa sem antes ter sido possivel demonstrar nodulos.

Dos nossos casos: alguns apresentaram reações agudas sem que antes se tivesse achado qualquer anormalidade para o lado da Iris. Em outros o surto agudo foi precedido em tempo variavel pela aparição de nodulos, ou ambas as cones foram encontradas simultaneamente, sendo, provavel, porém, que as formações localizadas já existissem antes do desencadeamento do surto inflamatorio, não constando da observação do paciente pelo espaçamento do exame. Muitas vezes os nodulos apareceram após surtos agudos.

Em alguns casos as formações nodulares eram encontradas em um unico olho e o surto agudo se processou no outro; outras vezes o doente apareceu ao consultorio com os sinais de uma Irite anterior por nós não apanhada ou porque o surto exsudativo se processou quando o doente fôra do Hospital ou, então, por ter passado dele completamente desapercibido quando já internado.

*Sanatório "Padre Bento"*

*Gopouva — S. Pauto-Brasil*

### **RESUMO**

O A. descreve minuciosamente o comprometimento iriano na lepra, como observado em 137 casos num total de 800 doentes examinados no Sanitorio Padre Bento e com um tempo de observação variavel entre 1 e 6 anos.

Divide os doentes em dois grupos: os portadores de uma *forma difusa* de Irite e os que apresentam uma forma localizada — *lepra miliar ou nodular*, tendo o 1.º grupo ainda 2 sub-divisões pelo tipo da reação inflamatoria : a) *agudo ou superaguda* e b) *sub-agudo ou cronico*. O 1.º grupo, especialmente a subdivisão (a) corresponde ao que é geralmente denominado de *Reação ocular*.

1.º *Irite difusa aguda* — Início subitâneo, dor, fotofobia, lacrimejamento e blefarospasmo acentuadíssimos, raramente nos dois olhos ao mesmo tempo. Injeção bulbar generalizada, edema de corna. O humor aquoso em grande número de casos mostra-se cheio de fibrina e filamentos, havendo mesmo às vezes aspecto de coagulação em massa do aquoso donde discordar o A. de *Butler, Devereux Marshall* e outros que admitem tais característicos como patognomônicos da Irite gonococcica. Ha tendência extraordinaria á formação de sinequias contra a qual se luta com dificuldade não só pela pouca resposta aos midriaticos do tecido iriano inflamado como Lambem devido a que muitas vezes, já fora de qualquer inflamação, a atropina provoca pouca dilatação.

2.º *Irite difusa sub-aguda ou cronica* — Diferencia-se do tipo anterior pela parcimonia dos sintomas inflamatorios e pouca tendencia á formação de sinequias. Acham-se presentes: injeção ciliar, edema de corna, tindalisação do aquoso, sendo a dor menos intensa ou, mesmo, completamente ausente. Ha casos que constituem verdadeiros achados de exame de rotina, não havendo qualquer queixa por parte do paciente. O exsudato neste tipo tem grande tendência para ir se acumulando no angulo inferior da camara ou circularmente atrás do limbo, assumindo não poucas vezes a forma nodular o que se presta a confusão com os casos da forma seguinte. Esses pseudonodulos adquirem relação diréta com a iris, se organizam repuxando-a e deformando a pupila e produzindo transformação do ângulo da camara, tornando-o redondo ou obtuso.

3.º *Lepra miliar ou nodular* — Característico é o aparecimento de granulações irianas, perlaceas, pequenas, observaveis mais vezes junto ao esfincter e melhor ou só com o auxilio da Tampada de fenda e microscopio binocular. A luz indireta revela tais granulações com nitidez e antes de poder ser percebida com luz focal. São perfeitamente toleradas e assim permanecem por anos, sendo o quadro modificado quando se implanta uma Irite de tipo agudo ou sub-agudo. Não podemos até a data presente, em seis anos de observação, observar o crescimento ulterior dessas formações, constituindo-se então um verdadeiro leproma da Iris.

### SUMMARY

The A. describes minutely the Irian involvement in lepers, as he observed in 137 patients from a total of 800 cases examined at the Sanatorio Padre Bento, during a period of observation from 1 to 6 years.

He divides the patients into two groups:

a.) *those with a diffuse form of Iritis* and those b.) *who show a localized form — miliary or nodular leprosy*, having the first one two subdivisions by the type of the inflammatory reaction : 1. *acute or superacute* and 2. *subacute or chronic*. The group (a) corresponds to what is usually called "Ocular reaction".

*Acute Diffuse Iritis* — Sudden onset, marked pain, photophobia, lachrymation and blepharospasm. Very rarely the two eyes are involved at the same time. There is usually generalized hyperhemia, corneal bedewing, the aqueous in a great number of cases presents itself full of fibrin (threads and coagula). The A. does not agree with Butler, D. Marshall and others, who admit such characteristics as pathognomonic of the Gonococcal Iritis. There is an extraordinary tendency to the formation of synechia against which one fights with difficulty, due not only to the little response of the inflamed Irian tissue, as also to the fact that, often, out of any inflammation, the atropine obtains weak response.

*Subacute or chronic diffuse Iritis* — In this division there is a few inflammatory symptoms and little tendency to the formation of synechia. We also have here corneal bedewing, ciliary injection, "tindall" of the aqueous, no pain at all or only a little. In several cases we observed this type only by routine acumination

of all patients, there being no complaint. In this type the exudate shows a great tendency to accumulate in the filtration angle or as a ring behind the limbus, having very often the nodular form what may be confused with the cases of the next form (Miliary leprosy). These nodules acquire direct relation to the Iris, organizing themselves, drawing the Iris and modifying the form of the pupil and transforming the angle which becomes round or obtuse in shape.

*Miliary or nodular Leprosy* — Is characteristic the appearance of Irian granules, like pearls, small, round, very often observed near the the sphincter better observed with the help of the slit lamp, or only with it. The indirect illumination shows very clearly these granulations. They are perfectly tolerated and as so they remain for years, out of any sign of inflammation, being the picture modified when an acute or sub-acute Iritis appears.

We speak about "nodules" as a morphologic formation, and not refering to its histological meaning.

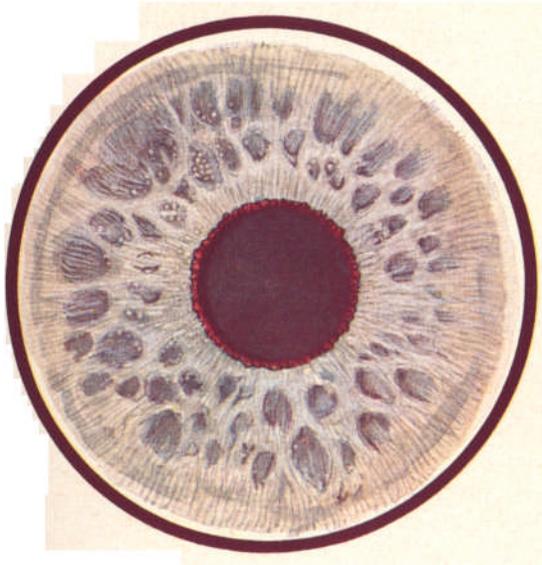


Fig. 1

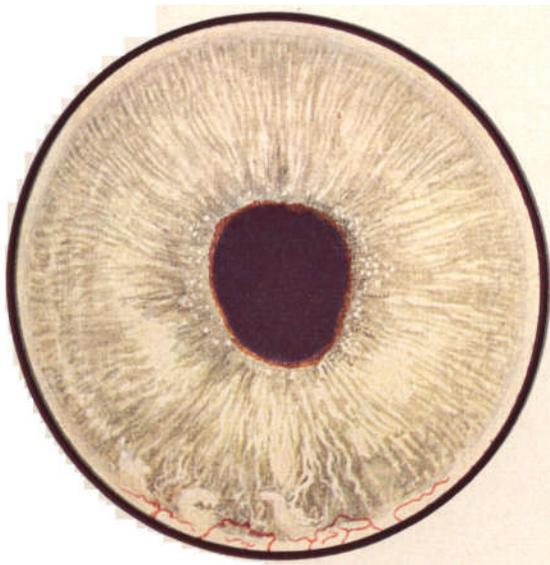


Fig. 2

FIG. 1 — *Nodulos miliares da Iris* (OD. Doente P. G. do Sanatorio Padre Bento, lampada de fenda com Oc. 2, Obj. 2-5,5x2 X — Luz difusa).

Miriades de nodulos miliares são verificados na Iris, predominantemente na metade temporal, enchendo as criptas; outros são vistos em pleno mesoderma profundo. A tolerancia perfeita que o olho tem para tais formações é demonstrada pela ausencia de sinais inflamatorios.

FIG. 1 — *Miliary nodules of the Iris* (Right eye, patient P. G. of the Sanatorio Padre Bento, slit-lamp, Oc. 2, Obj. 2-5,5x2 X. Diffuse illumination). Miriad of miliary nodules are verified on the Iris predominantly in the temporal portion, filling the cryptes; others may be seen in the deep mesoblastic layer. There is no sign of inflammation demonstrating the perfect eye tolerance to that condition.

Fig. 2 — *Nodulos miliares da Iris* (Doente D. S., do S. P. B., lampada de fenda, Oc. 2 Obj. 2-5,5x2 X — Luz difusa).

Nodulos miliares numerosos formando uni colar em torno á pupila na região do mesoderma profundo. Sobre essa Irite se implantou em certo tempo uma Irite difusa cronica cuja evolução acarretou modificação ligeira da forma da pupila e formação de três massas de exsudato no angulo inferior da cantara, que posteriormente se organizou, provocando repuxamento das fibras da Iris que se encontram nas proximidades.

FIG. 2 — *Miliary nodules of the Iris* (R. E. patient D. S. of the S. P. B., slit-lamp. Oc. 2, Obj. 2-5,5x 2 X, diffuse illumination). Numerous miliary nodules are seen forming a neck-lace around the pupil in the deep mesoblastic layer. Further on there was a chronic diffuse Iritis, with mild exudation in the anterior chamber, and formation of three masses of exsudate in the lower part, organized later pulling off the near fibres of the Iris.

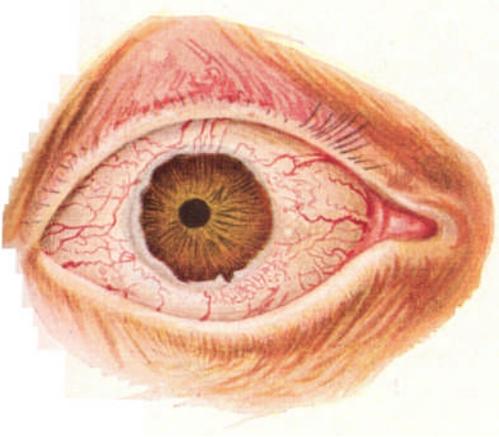


Fig. 3



Fig. 5

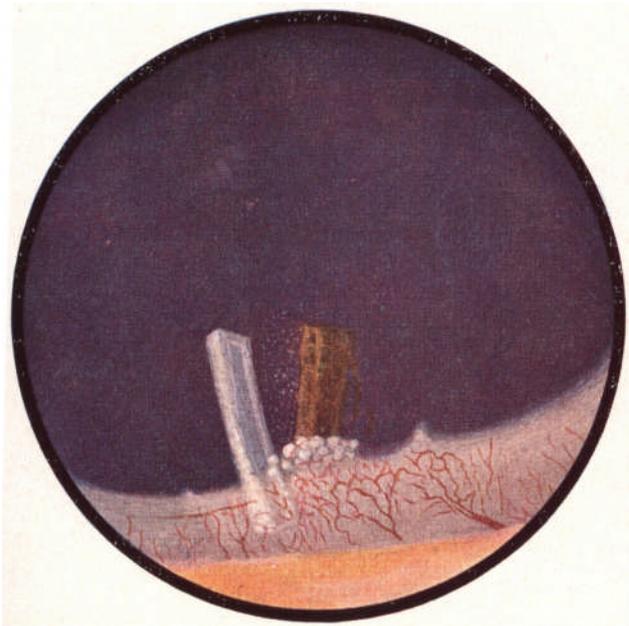


Fig. 4

FIG. 3 — *Exsudação anular na camara anterior, após Irite difusa sub-aguda.* (Doente A. C. do S. P. B., mais ou menos 2 vezes de aumento).

Após Irite difusa sub-aguda que não produziu sinequias posteriores mas se caracterizou por exsudação no aquoso que perdurou por muito tempo, notou-se que circularmente, atrás do limbo, existia massa com aspecto homogêneo á vista desarmada e cujo estudo foi feito á lampada de fenda (Fig. 4).

FIG. 3 — *Annular exudation in the anterior chamber, after sub-acute diffuse Iritis* (R. E. patient A. C., of the Sanatorio P. Bento). After Sub-acute diffuse Iritis that did not produce posterior synechiae but characterized itself by long lasting exudation in the aqueous, we have seen behind the peripheral parts of the cornea, an apparently homogeneous mass that could be seen by the naked eye, the study of which was made by the slit-lamp.

FIG. 4 — *Desenho á lampada de fenda e mic. corneano com Oc. 4, Obj. 2, lente iluminante de 10 cms. de foco, OD.* Vê-se no ângulo inferior da camara serie de nodulos empilhados em que era decomposta a massa da Fig. acima. Posteriormente foi feito o Des. da Fig. 5.

FIG. 4 — *Drawing at the slit-lamp and corneal microscope Oc. 4, Obj. 2 illuminating lens of 10 cms. of focus, Right eye.* In the inferior portion of the chamber can be seen small round nodules, that composed the mass described above. The drawing of the Fig. 5 was made later on.

FIG. 5 — *Algum tempo depois pode-se ver que os nodulos perdiam sem contorno, fundindo-se uns com os outros e se transformando em uma membrana cuja superficie é sulcada por vasos.* Na parte dessa formação que olha a camara anterior são vistas algumas formações nodulares, bem como entre ela e a superficie anterior da raiz da iris. Algumas fibras desta membrana vêm aderir referida membrana, originando-se uma sinequia anterior.

FIG. 5 — *Sometime after we could see that the nodules lost their shape melting and transforming themselves into a membrane, the surface of which is crossed by vessels.* In the portion of the formation that looks at the anterior chamber some nodular formations can be seen, as well as between it and the anterior surface of the root of the Iris. Some fibres of the Iris adhere to the membrane referred to, originating an anterior synechiae.

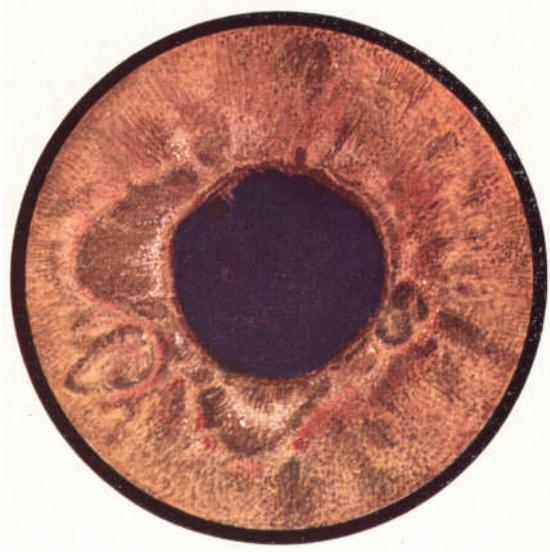


Fig. 6

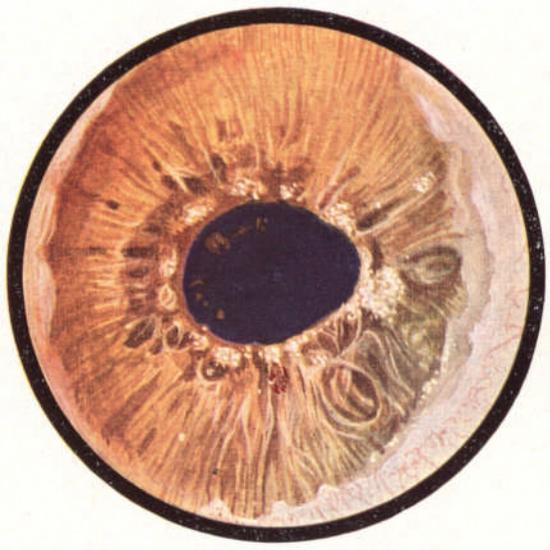


Fig: 7

FIG. 6 — *Atrofia mesodermica, como consequencia de Irite* (Oc. 2, Obj. 2, luz difusa — Doente P. C. do Sanatorio Padre Bento).

Largas placas de atrofia são vistas como consequencia de uma Irite difusa aguda. Exsudato organizado se encontra em algumas dessas placas. E' vista uma sinequia posterior às XI horas. O aspecto é o denominado de «roido por traça» pelos ingleses.

FIG. 6 — *Mesoblastic atrophy as a consequence of Iritis* (R. E. Oc. 2, Obj. 2, diffuse illumination, patient P. C.) — Large spots of atrophy can be seen as a consequence of Acute Diffuse Iritis. Organized exudate is found in some of these spots. At eleven o'clock a posterior synechiae can be seen. The aspect is the one called by the English authors «motheaten».

FIG. 7 — *Reliquat de Irite difusa sub-aguda* (Oc. 2, Obj. 2 — luz difusa, doente G. C. do Sanatorio Padre Bento). Após duradoura exsudação na camara anterior observam-se em torno á pupila aglomerados modulares que assumem forma de couve-flôr. O exsudato se acumulou abundantemente e de maneira espessa no angulo da camara, parte temporal, exercendo ação toxica sobre a cornea que a seu contacto se opacifica. Esses nodulos são, parece-nos, diferentes dos da Fig. 1, que foram vistos surgir paulatinamente da espessura da Iris e que não deram origem a qualquer reação inflamatória.

FIG. 7 — *Reliquat of Sub-acute Diffuse Iritis* (Oc. 2, Obj. 2, diffuse illumination, patient O. C. of the Sanatorio). After long lasting exudation in the anterior chamber conglomerating nodules that assume the form of cauliflower can be seen around the pupil. There was also a thick collection of exudate mainly in the temporal portion of the chamber, toxically acting on the cornea, which at its contact opacities itself. We think that these nodules, and those of Fig. 3, 4, 5, are different from those of Fig. 1 that were seen only by indirect illumination gradually originated from the midst of the Irian tissue, and without any sign of inflammatory reaction.

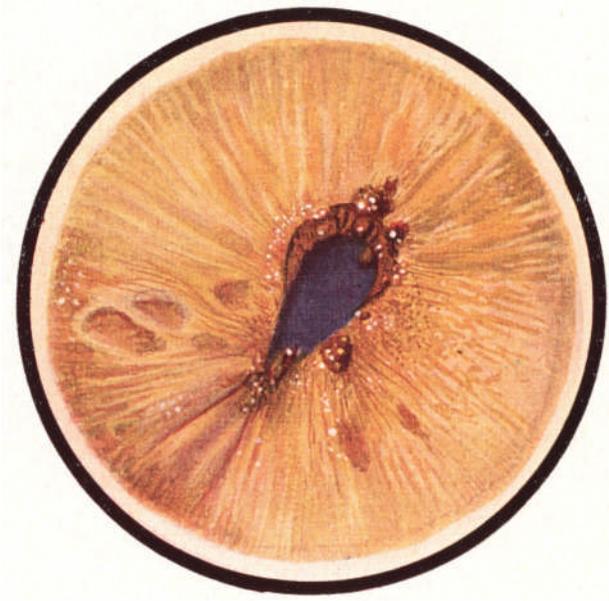


Fig. 8



Fig. 9

FIG. 8 — *Intensa atrofia da Iris após Irite difusa aguda* (Oc. 2, Obj. 2, luz difusa, doente A. M. do Sanatoria Padre Bento).

No caso presente houve Irite difusa aguda cuja evolução resultou em sinequias posteriores intensas, modificando a forma da pupila, e em intensa atrofia da Iris que se mostra plana, sem criptas. Nodulos, possivelmente exsudato, são vistos em sua superficie.

FIG. 8 — *Intense atrophy of the Iris after Acute Diffuse Iritis* (Oc. 2, Obj. 2, diffuse illumination, patient A. M. of the Sanatoria Padre Bento). In this case there was acute diffuse Iritis the evolution of which gave as a result intense posterior synechiae, that modified the shape of the pupil, and atrophy of the Iris, that presents itself smooth, without cryptes. Nodules, very likely exudate, can be seen on its surface.

FIG. 9 — *Exsudação no angulo da camera* (Desenho com Oc. 2, Obj. 2, doente A. M. do Sanatoria, luz difusa). Irite difusa sub-aguda com corpos flutuantes no aquoso por largos meses. Nodulos se formam no angulo da camara que ás vezes desaparecem para ser substituidos por outros que se empilham, formando massas maiores ou podem ir de encontro á organização, repuxando a Iris como está representado na Fig. em que se vê urna massa recente e uma mais antiga já evoluida e repuxando fibras irianas.

FIG. 9 — *Exudation in the angle of the chamber* (drawing with Oc. 2, Obj. 2, patient A. M., of the Sanatorio, diffuse illumination). Sub-Acute Diffuse Iritis with floating corpuscles in the aqueous during several months. In the lower part of the filtration angle, nodules can be formed that either disappear and then substituted by others that form larger masses or organize themselves pulling off the Iris as is shown in the Fig. 9.

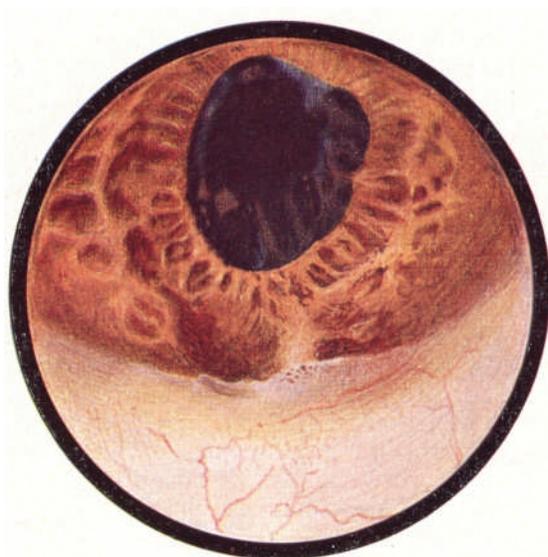


Fig. 10



Fig. 11

FIG. 10 — *Reliquat de Irite difusa aguda* — (Doente D. C., desenho á limpada de fenda Oc. 4, Obj. 2, luz difusa). Houve exsudação abundante no angulo da camara, que provocou repuxamento da Iris e larga adherencia á face posterior da cornea modificando não só o angulo de filtração, que se tornou arredondado como a forma da pupila.

FIG. 10 — *Reliquat of Acute Diffuse Iritis* (drawing with Oc. 4, Obj. 2, diffuse illumination, patient D. C. of the Sanatorio). There was abundant exudation in the angle of the chamber, that resulted in the pulling off the Iris and broad adherence to the posterior surface of the cornea, modifying not only the filtration angle, that became round in shape, as well as the form of the pupil.

FIG. 11 — *Reliquat de frite difusa aguda* — (Mesmo doente da Fig. anterior, des. á lamp. de fenda e mic. corneano, Oc. 4, Obj. 2, lente iluminante de 7 cms. de foco, luz focal).

O feixe focalizado sobre a cornea mostra que a Iris está adherida a esta a pequena distancia do limbo, o que altera a forma do ngulo.

FIG. 11 — *Reliquat of Acute Diffuse Iritis* (the same patient of the last figure, drawing at the slit-lamp and corneal microscope, Oc. 4, Obj. 2, illuminating lens of 7 cms. of focus, direct illumination). The beam focalized on the cornea shows that the Iris adheres to the cornea at a small distance of the limbus, what alters the form of the angle.