

## **PARALELISMO ENTRE LESÕES OCULARES E CUTANEAS NA LEPROSA**

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

É fato geralmente admitido e parece não sofrer contestação alguma que as lesões oculares da lepra são secundárias a outras manifestações, geralmente as cutâneas e nervosas; pode-se, mesmo, dizer que não há caso absolutamente concluinte e demonstrado na literatura de uma contaminação ocular primitiva ou, melhor, de um caso ocular primitivo.

É necessário, portanto, entender um ataque extra-ocular primário, na dependência do qual estaria a lesão do aparelho da visão, desempenhando nisso maior importância as lesões de natureza lepromatosa, assemelhem-se elas na pele ou nos nervos, sendo os chamados tuberculosos os que maior percentagem apresentam de comprometimento ocular, ao passo que os *tuberculoideos*, pelo menos em nossa experiência, estão deles praticamente indênes.

A percentagem de acometimento ocular é extraordinariamente variável segundo as estatísticas organizadas nas diversas partes do mundo, indo de 5 a 90 e mais por cento, diferença que pode ser interpretada não só como devida a possíveis variações regionais, porquanto é sabido que a gravidade de forma da lepra varia muito de um para outro local, como também pelo critério que presidiu à organização da estatística e, principalmente, pelos meios usados para a pesquisa da lesão ocular.

Dentre todas as especializações da medicina nenhuma é tão objetiva e nenhuma é tão acessível à exploração conscienciosa de seus menores recantos como a Oftalmologia. Possui o oculista a *lâmpada de fenda* e *microscópio corneano* ao qual praticamente lesão

alguma assestada no segmento anterior pode escapar, atingindo seu ambito o proprio estudo da circulação dentro dos pequenos vasos da conjuntiva, limbo e dos néo-formados da cornea em casos patolicos, dos troncos nervosos abundantes nesta membrana e que tão interessantes alterações demonstram na lepra; o menor sinal de uma inflamação uveal, atingindo especialmente a iris e corpo ciliar, e por este meio verificado. Pertence-lhe alem de outros re-cursos, o *oftalmoscopio com* o qual o fundo do olho e um livro aberto e o proprio cerebro, representado pela retina, este frente a seus olhos.

Provido de tais meios, e no que diz respeito Oftalmologia de Leprosario quasi exclusivamente com a lampada de fenda, este o oculista muito melhor armado que o Dermatologista, dado que com ela pode ele fazer quasi que urna histologia *in vivo*. É com esse aparelho que ele, explorando a cornea, vai encontrar pequenos infiltrados, estudando sua localização preferencial no setôr superior, especialmente na porção temporal superior, quasi sempre no 1/3 ou 2/3 anteriores da cornea, com tendência a descerem seguindo sempre a mesma camada, com afinidade interessante para os nervos em torno dos quais formam verdadeiras bainhas e que podem ser apanhados em fases mais ou menos precoces da invasão ocular.

É com esse mesmo aparelho que tivemos oportunidade de verificar o extraordinario paralelismo que existe, não raramente, entre as lesões oculares e as cutaneas na lepra: nos olhos, em determinada fase de sua evolução, acham-se reproduzidas, agrupadas, as lesses, lembrando, morfologicamente o que se passa na pele.

Assim veja-se a *Figura 1: OD* — (Desenho lampada de fenda, lente iluminante de 10 cms, de foco, microscopio provido com Oc. 2, Obj. 2, metodo de difusão escleral de GRAVES, sendo que a fonte luminosa esta focalizada sobre o limbo, p. temporal e superior, não estando compreendida na Figura): o campo e abrangido por completo, nele vendo-se a cornea infiltrada por massas de contorno bem definido, havendo nitida predominancia de condensações que, *morfologicamente*, podemos chamar de nodulos, muitos destes circundados por um halo de fina poeira que, em certos pontos, parece de situação diferente. É um *quadro francamente nodular* de um doente altamente tuberoso, apresentando numerosos tuberculos pelo tegumento.

A *Figura 2* (desenho feito nas mesmas condições que o anterior) e de doente que não demonstra as condensações nodulares, mas tão

somente infiltração pulverulenta, bastante intensa, que desce pela cornea abaixo mas sempre mais intensa no setôr superior, e que simûle o aspecto como se a cornea tivesse sido salpicada com farinha. É uma infiltração larga em superficie, semelhante ao que ha para o lado da pele onde o doente apresenta uma *forma difusa*, quasi inaparente.

A *Figura 3* (desenho tambem feito em condições iguais — Oc. 2 Obj. 2 metodo "sclerotic scatter" de Graves) mostra um quadro parecendo a soma dos dois anteriores: condensações nodulares mais infiltrações em superficie, o que ainda acompanha o tipo da lesão cutânea, onde ao lado das largas infiltrações em superficie existem tuberculos numerosos.

Os nervos da cornea são tambem atingidos na mesma forma que os da pele; infiltrações rodeando-os constituem achado comum, sendo que não poucas vezes ha verdadeira predileção, eleição, para com os mesmos por focos infiltrativos, muitas vezes poucos em numero (*Figura 4*).

\*

\* \*

Não será demais repetir aqui que são as lesões lepromatosas, isto é, aquelas ricas em germens, as que mais nefasta influencia exercem sobre os olhos: os casos ricamente positivos, são tambem os ali fortemente atingidos, não havendo, pode-se dizer, exceção para essa regra, a tal ponto que os casos lepromatosos dentro do seu 1.º- 2.º e ano de molestia já apresentam comprometimento ocular, a qual pode ser limitado a pequenos infiltrados que só a lampada de fenda pode identificar e acompanhar sua evolução lenta, mas extra-ordinariamente constante. Presta o oculista, com esse armamento, grande serviço pois ha certos casos inaparentes, aqueles da chamada forma difusa em estudo pelo nosso companheiro FLAVIO MAURANO, que podem passar mais ou menos despercebidos em Leprosario e necessitando de cuidados severos e para os quais pode o Oftalmologista chamar a atenção pelo fato de já existir invasão da cornea.

\*

\* \*

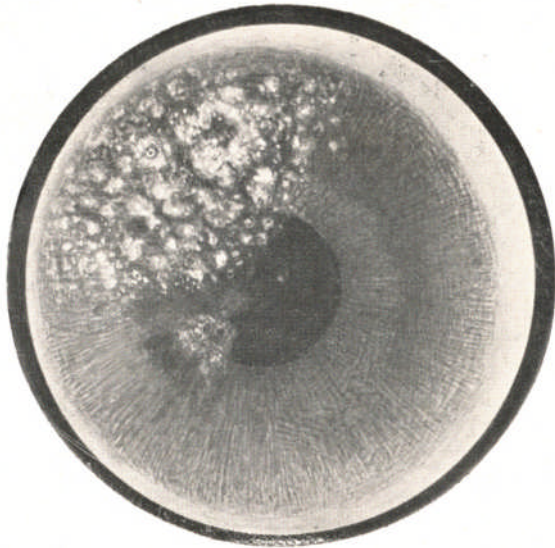
Os desenhos são todos da autoria de Augusto Esteves, tendo as reproduções fotograficas sido levadas a efeito no Instituto Conde de Lara, pelo seu tecnico Sr. Marino.

### **RESUMO**

O A. faz considerações em torno ao comprometimento ocular, importante nos casos lepromatosos e quasi totalmente inobservado nos tuberculoides, e cuja percentagem varia grandemente segundo trabalhos de A. diferentes. Essa diversidade é interpretada não só como devida a variações locais da forma da lepra, influenciando a complicação ocular, como aos meios utilizados pelo oculista para fazer sua verificação, julgando indispensável a lampada de fenda e microscopio corneano para o achado de lesões verdadeiramente iniciais. Mostra que, em determinada fase da lesão de cornea, o aspecto morfológico se assemelha grandemente ao do tegumento, havendo vezes em que ha predominancia de formações mais refringentes, verdadeiros nodulos, outras infiltração em superficie e outras, emfim, representando um quadro mixto. Em torno aos nervos se encontram ainda formações pulverulentas e nodulos apensos

### **SUMMARY**

The A. relates about the ocular involvement so important in the lepromatous cases, and almost totally inobserved in the tuberculoid cases, the percentage of which varies greatly according different authors. He believes that the reason for this diversity is due not only to regional variations of the forms of leprosy as the means employed by the ophthalmologist in his examination. He thinks the slit-lamp absolutely necessary to the early diagnosis. He shows that at certain phases of the corneal lesion the morphological picture is very similar to that of the skin. There are some cases where nodular formation predominates, others show infiltration without nodules, and others yet a combined aspect (infiltrations and nodules). Around the corneal nerves sleeve-like formations are found. Some of them show hanging nodules.



*Fig. 1 — Reprodução fotografica de desenho feito á lampada de fenda e microscopio corneano (Oc. 2 Obj. 2 — 5,5 x 2 x). Notar a infiltração de cornea localizada no setôr temporal e superior especialmente, que é bastante intensa para poder ser vista por meio deste método de iluminação (sclerotic scatter — Graves). Observar a formação nodular predominante, condensada a pequena distancia do limbo. Doente A. M. do Sanatorio "Padre Bento".*



*Fig. 2 — Reprodução fotografica de desenho á lampada de fenda (Oc. 2 Obj. 2 — Mic. Com 5,5 x 2 x). A infiltração é pulverulenta, fina e menos distinta que o caso anterior. Não há condensações. (Doente P. A. do Sanatorio "Padre Bento" — Forma difusa).*



FIG. 3 — Reprodução fotografica. Desenho á lâmpada de fenda (Mic. Com Oc. 2 Obj. 2 mesmo metodo de iluminação). A infiltração pulviforme. Predominância sempre no setor superior. O limbo não se mostra nitidamente diferenciado pela existência da exsudação intensa na face posterior da córnea, provavelmente em organização, e com tendência a se tornar circular (Doente A. C. — do Sanatório "Padre Bento").



FIG. 4 — Fotografia de desenho á lâmpada de fenda e mic. corneano com Oc. 4 Obj. 2. O desenho foi feito parte por parte, seguindo o nervo até o limbo. Evidencia a bainha de infiltração em torno de um nervo de cornea; em dois pontos nodulos bem definidos. Um menor, provavelmente não patológico, no ponto de bifurcação. (Doente A. C. do Sanatorio "Padre Bento").