

# **ALGIAS OCULARES NA LEPROSA E SEU TRATAMENTO PELA ALCOOLIZAÇÃO CILIAR**

**P. BITENCOURT PRADO**

oculista do Asilo Colônia "Aimorés".

Dos múltiplos sintomas que constituem o quadro clínico da lepra, ha um que pela frequência pertinacia e sobretudo por molestar tão impiedosamente o paciente se sobreleva aos demais. É o sintoma dar. Presente sempre nos surtos agudos da moléstia, aparece ainda não poucas vezes nos intervalos. Caracterizando-se pela resistencia á terapeutica, variando sempre na intensidade e na duração, apresenta-se ela óra generalizada, ora localizada a um orgdo, articulação, musculo ou nervo. É nos surtos agudos da lépra que se manifesta mais intensa e renitente, muitas vezes só desaparecendo quando já extintas as outras manifestações concomitantes. Quando localizada no globo ocular assume os mesmos caracteres, quanto a intensidade, duração e resistencia á medicação, que apresenta quando generalizada ou localizada em outra qualquer parte do organismo.

As dôres oculares da lepra são ou não consequentes a manifestações oculares, provocadas pela reação leprótica.

Aquelas, sendo as mais intensas e pertinazes, poem constantemente o terapeuta em dificuldade, por só cederem, não raro, a uma medicação heróica: morfina.

O mesmo se dá com as algias das irites e irido-ciclites super-agudas e agudas, que aparecem fóra dos surtos reacionais da lepra. Já as consequentes a irites e irido-ciclites crônicas, cedem menos difficilmente á terapeutica usual. Quanto ás provocadas pela esclerite e queratite, frequentes no doente de lepra, são facilmente combatidas.

A hipertensão secundaria consequente a sinéquias parciais, oclusão e seclusão da pupila, determina o aparecimento de dares que só cedem á cirurgia ou a uma terapêutica "tranchant" como a que é objeto destas linhas.

O numero de medicamentos usualmente empregados contra as algias da lepra é grande.

Bem o sabemos nós, os que estamos afeitos ao trato diário do leproso, que a abundancia aqui é sinal de penuria, o que difficil se nos torna o "sedare dobrem".

Boa acolhida terá pois qualquer medicação nova ou mesmo lembrada, de efeito seguro, contra as dores da lépra.

A que vimos applicando ultimamente — *alcoolização do gânglio ciliar* — contra as algias oculares dos doentes do Asilo Colônia "Aimorês", não é nova, mas grandemente eficaz.

A alcoolização ciliar de (efeito seguro nos casos de dores oculares violentas e pertinazes) foi divulgada por Weekers ha pouco mais de um decênio.

Era antes applicada, tão somente, nos casos de dores de olhos seriamente comprometidos, tanto no soma como na função.

Hoje, graças aos estudos de Weekers, Magitot e outros, sua indicação tem sido ampliada mas ainda assim e pouco usada.

A sua quasi inocuidade fala em favor de uma maior applicação.

Foi lendo ha meses um trabalho de J. Tupinambá, sobre o assunto, que nos lembramos de applica-la nas dores oculares violentas e renitentes dos doentes do "Aimorês".

Usamos antes a pouco eficiente medicação rotineira: acido salicilico e derivados, preparados b. base de histamina, clorhidrato de tiamina, anaveneno crofílico, iodeto de sódio, cibalena, novalgina, dissensibilizantes (que agem indirectamente) etc., etc..

Quando falhavam estes medicamentos, o que éra frequente, empregavamos os opiaceos: Pantopon, Sedol.

Estes, si têm a vantagem de combater qualquer dôr, têm uma grande desvantagem: Não poderem ser repetidos, com a frequêcia que o caso muita vez requer.

A alcoolização do gânglio ciliar faz desaparecer completamente qualquer dor ocular, por mais rebelde que seja e, nem sempre, precisa ser repetida.

De uso muito limitado, a principio, é hoje indicada não só contra as algias oculares, como para abreviar o aclaramento da cornea na queratite intersticial: para combater a hipertensão, no glaucoma agudo e ainda contra o blefaroespasmio.

As injeções de diluições de alcool ate 40% são perfeitamente inofensivas.

Diluições acima de 40%, provocam certos transtornos, de pouca monta no entanto: pareasias transitórias de músculos oculares, edema acentuado das palpebras, quemose e Ss vezes exacerbação das dores por algum tempo.

Estas perturbações são, todavia, largamente compensadas pelos beneficios experimentados pelo doente. Uma hora ou duas no máximo, após a injeção, a dor desaparece completamente. As ve-

zes isto se da logo depois da injeção o que é devido, em parte, á injeção previa do anestésico. Outras vezes, ha uma exacerbação passageira das dôres principalmente nos casos de deluições concentradas, 70% ou 80%.

Poucas são as vezes em que se torna necessario repetir as injeções, por persistencia das dôres. E' o caso de muita vez não se ter atingido o gânglio ciliar.

Uma meia hora depois da injeção, aparecem edema mais ou menos acentuado das palpebras e regiões visinhas, e quemose. Raramente paresias musculares, passageiras, por comprometimento do M.O.E ou M.O.C.

E' em virtude da secção fisiológica dos nervos ciliares, que a dôr desaparece.

Vimos usando, nos doentes do A.C.A., diluições abaixo de 40% em olhos cuja acuidade visual esta ainda pouco comprometida, aliás como manda a técnica.

Nos casos em que ha maior comprometimento do órgão, temos empregado diluições até 80%.

O edema das pálpebras e regiões vizinhas e a quemose são, então, muito acentuados.

Duas foram, no máximo, as injeções que se nos tornaram necessárias, em um mesmo doente, para apylacar-lhe a dor.

Temos aplicado a alcoolização ciliar em casos de dores provocadas por irite e irido-ciclite agudas e nas dores hipertensivas do glaucoma secundário. Usamo-la tambem em casos de ulcera purulenta da cornea, em que a dor é devida, as vezes não só a ulcera como a hipertensão secundaria.

Fazemos a diluição do alcool, absoluto, em agua esterelizada.

Uma vez obtido a concentração desejada, injetamos 1 a cc. na região do gânglio ciliar, tendo feito antes, na mesma região 1 cc da solução anestésica (Scurocaina, Sinálgan etc.)

Usamos agulha de 3 cent., seguindo a técnica recomendada.

Os resultados que temos obtido, confirmam os divulgados por Weekers, Magitot, J. Tupinambá e outros. Damos a seguir algumas observações:

**OBS. I: —**

T.A. — 53, japoneza, forma mista. Em 23/10/941, data da internação apresentava: pterigto int. em O.E. (mais tarde operado), ulceração na base da uvula, laringite e miase.

Em 18/4/42, ulcera central na córnea de E. Leucoma, após o tratamento.

Em 19/5/42, ulceração superficial na córnea de O.D. Nubecula consequente.

Em 2/8/942, irite aguda em O.E. que não cedeu ao tratamento usual, apresentando em 26/8/42 : irido-ciclite, dôres. Em 21/9/42, estado

ocular piorado: hipertensão secundária, dares, violentas O.E.V-vultos. Fizemos-lhe então a alcoolização do gânglio cc. de álcool a 45%, após anestesia pelo Sinalgan a 2% (1 cc.).

Algumas horas depois apresentava edema, não muito pronunciado, das palpebras e quemose.

As dôres desapareceram completamente e, em poucos dias, os sintomas objetivos da irido-ciclite.

**OBS. II: —**

B.F.S. — 36, pardo, brasileiro, fôrma mista.

Apresentava na data da internação 15/2/936, varios tuberculos na garganta (pilares e base da Uvula), vasta ulceração na abóbada, septo perfurado (mucosa nasal cicatrizada) e nada de anormal para o lado dos globos oculares (pa<sup>o</sup> foi feito, então, o exame de fundo de globo).

Em 27/7/937, acusando vaga perturbação visual, encontramos em O.E. na periferia da cório-retina quadrante supero-externo, lima placa atrófica bordada de pigmentos.

Em 9/10/39, irite aguda em A.O., Sindquias post. (que não se desfizeram com a medicação) e tubercolos millares irianos. Ficou com a visão muito comprometida (principalmente a de O.D.).

Em 6/8/941, A.O. apresentavam sinequias post. lepromas nas iris e zonas de atrofia iriana, coréctopia.

Em 5-7-942, 0.1). novo surto agudo de irite, oclusão da puplia, hipertensão secundária, dores violentas. O.D.V - 0.

Em 18/10/942, após esgotarmos a gama dos medicamentos indicados ao caso, tentámos a alcoolização ciliar, pois já estavam resolvidos a fazer a amputação do segmento anterior do globo.

Injetamos 134 cc. de álcool a 60%. Prêvia anestesia com Scurocaina a 4% (1 cc.).

Na 1.<sup>a</sup> hora as dares exacerbaram-se; apareceram, edema pronunciado das pálpebras e quemose.

Algumas horas depois não sentia mais dar, não se tornando necessaria a intervenção cirúrgica.

**OBS. III: —**

J.F.O. — 43, branco, brasileiro, forma mista.

Apresentava na data em que foi fichado, 18/7/936, pterigio Int. e ext. em O.D. e ext. em O.E. Nariz, garganta e ouvidos: nada de anormal.

Em 2/7/1938 foi operado do pterigio de O.E. Não o foi dos de O.D. por se tratar de pterigios cicatriciais.

Em 1/3/943, apresentava em O.E. infiltração da córnea, ligeiro "pannus" lepromatoso, frite, sinequias posteriores (tinha tido antes diversos surtos de frite aguda nesse olho). O.E.V. 1/40.

Em 5/3/943, estado ocular piorado, a despeito do tratamento: Fortes dôres no globo, arcadas e cabeça. Dares estas que não cederam nem às injeções de Cibalena.

Tentámos a alcoolização ciliar: 134 cc. de álcool a 30%. Prêvia anestesia pelo Smalgan a 2% (1 cc.). Houve pequeno edema das palpebras e quemose ligeira, desaparecendo logo as dôres. Em poucos dias cederam os sintomas de irite. Dois meses depois, em 10/5/943, O.E. ficou novamente injetado, com fotofobia intensa, lacrimejamento e dôres violentas.

Atribuimos o insucesso á fraca percentagem do álcool (30%). Fizemos nova injeção de álcool a 50% (1 cc.) no gânglio ciliar, após a

anestesia. As dôres exacerbaram-se durante umas 12 horas, desaparecendo depois completamente. Houve ligeiro edema das pálpebras. No dia seguinte, O.E. apresentava-se francamente desviado para fóra.

Um mês depois tinha desaparecido o estrabismo, a cornea mostrava-se perfeitamente transparente e a visa° desse olho subira de 1/40 para 1/8.

**OBS. IV: —**

M.R.J. — 34, branco, brasileiro, forma nervosa. Apresentava em 5/12/42 vasta úlcera purulenta da cornea esquerda, hiptipio, lacrimejamento fotofobia intensa, fortes dôres oculares.

O tratamento adequado (curativos locais, de leite, sulfamidoterapia), pouco aproveitou a paciente.

Em 9/12/42, apareceram fenomenos de hipertensão secundária, caracterizados por estafiloma corneal parcial e aumento das dôres. Fizemos entao, cc. de alcool a 50% no gânglio ciliar. Prévia anestesia com scurocaina a 4% (1 cc.).

Houve pequeno edema das palpebras e quemose conjuntival. As dores desapareceram, mas o estado da úlcera não melhorou. Progrediu esta, na sua marcha destruidora, até a perfuração espontanea da earnea, guida da cicatrizaçãõ.

**OBS. V: —**

S.J.A. — 40, branca, brasileira, forma mista — Internada em 1936.

Após vários surtos agudos de trite serosa em O.E., apresentou em 1941 um surto agudo de trite plástica e, algum tempo depois, iridociclite. Em 25/4/942, O. E. foi novamente acometido de iridociclite, desta vez com vasto hifema. A visãõ de O.E. ficou reduzida a percepçãõ de vultos.

Em 6/9/42 — O.E. apresentava "panous lepromatoso e tubérculo esclerocorneano". Alguns dias depois dores violentas de hipertensãõ secundaria.

Estava indicada a amputaçãõ do segmento anterior. Tentamos a alcoolizaçãõ do gânglio ciliar. Injetamos, em 9/9/942, 1 cc. de alcool a 70%, depois da anestesia feita pelo Sinalgan a 2% (1 cc.).

As dôres exacerbaram-se durante as primeiras horas, desaparecendo depois completamente.

Houve forte edema das pálpebras e regiões vizinhas e intensa quemose.

Em 15/10/42, queixava-se de ferroadas no olho, pedindo que lhe fizesssemos nova injeçãõ dc alcool.

Injetamos-lhe 1½, cc. a 50%. Ligeiros edema e quemose. O.E. no a molestou mais.

**OBS. VI: —**

A.M.J. — 55. branca, brasileira, forma mista. Internada em 4/7/36, apresentando sãõmente, ao exame oftalmo-oto-rino-larlogolõgico, perfuraçãõ do septo (mucosa ja cicatrizada).

Em 20/5/42, irite serosa em O.E.

Em 14/7/42, querato-irite em O.E. Em 11/9/42, novamente querato-irite em O.E., seguida de úlcera purulenta da cõrnea, com vasto hipõpio. Dares fortes no globo. Alcoolizaçãõ do ganglia ciliar; (134 cc. de alcool a 40%).

Ligeiro edema das pálpebras e quemose. As dôres a fotofobia desapareceram. A úlcera prosseguiu na sua marcha, dando-se poucos dias depois a perfuraçãõ espontanea da cõrnea e consequente cicatrizaçãõ.

**OBS. VII: —**

J.H.S. — 39, bras., branco, forma mista. Internado em 11/3/938 com O.D. já bastante comprometido por surtos anteriores, de irite. (sinequias posteriores).

De 1938 a 1943 foi varias vezes acometido de irite serosa e plástica, em A.O.

Em 10/3/43. apresentava em O.D. oclusão e seclusão da pupila, hipertensão, dores violentas no globo, fronte e cabeça. O.D.V. — O —

Indicada a amputação do segmento anterior do globo, tentamos a alcoolização ciliar. Injetámos, após, anestesia pela Scurocaina a 4%, 1.1,4 cc. de alcool a 75%.

Porte edema das pálpebras e regiões vizinhas, quemose intensa.

As dares sumiram e o olho ficou completamente calmo, dispensando a intervenção.

**OBS. VIII: —**

A. B. — 49, bran. ital., fôrma mista.

Fichado em 5/2/38, com tracoma eutrôpia e triquiase das pálpebras Inferiores (operado mais tarde), máculas nas córneas e pterigio cicatricial, em A.O. Mucosa nasal ulcerada. De 938 a 942 sofreu diversos surtos de irite e irido-ciclite em A.O., ficando com sinequias posteriores irreduzíveis.

Em 5/8/43, o estado ocular do O.E. agravou-se: irite: exsudato cansara anterior, junto ao angulo irido-corneano: dores intensas O.E.V 1/40.

Tratamento: alcoolização ciliar (1½ cc. de alcool a 60%, após anestesia pela Scurocaina a 4%).

No dia seguinte, as pálpebras apresentavam-se ligeiramente edemaciadas e as dores tinham desaparecido completamente bem como os outros fenomenos irritativos: fotofobia e lacrimejamento.

**OBS. IX: —**

Z. O. — 24, branca, brasileira, forma mista.

Ficharam em 9/1/941, com irite em O.D. Nesse mesmo ano apresentou mais dois surtos agudos de irite em O.D., sendo que no última ma 23/9/41 apareceram-lhe três nódulos lepromatosos sobre a iris,

Em 18/6/42, irido-ciclite e hifema em O.D.

Em 21/10/42, novo surto agudo de irido-ciclite em O.D., com exsudato na câmara anterior, junto ao angulo irido-corneano. O.O. V. vultos. Desde entao, O.D. não mais deixou a paciente em paz e, em 9/8/43, as dores fizeram-se violentas.

Injetámos-lhe, então, 1 cc. de alcool a 60% no gânglio ciliar.

Prevvia anestesia. Edema forte das pálpebras e quemose, no dia, seguinte. As dôres desapareceram e o olho, em poucos dias, se fez calmo.

## COMENTARIOS

A alcoolização do gânglio ciliar é, como se pode inferir das observações acima, de efeito seguro contra as algias provocadas pelas afecções oculares da lepra.

Uma só injeção de alcool (Obs. I, II, IV, VIII, IX) ou duas obs. III, V. e VII) foi o bastante para acalmar completamente a

dôr. Demais os fenomenos inflamatórios cederam inteiramente em poucos dias, (Obs. I, II, III, V, VII, VIII, e IX, ficando o olho completamente calmo, o que fez dispensar, em alguns casos, a inter-venção cirúrgica mutuante-amputação do segmento anterior do olho (Obs. II, V. VII.). O paciente da obs.: III, ficou com a visão do olho afetado grandemente aumentada (de 1/40 para 1/8), devido ao aclaramento da córnea que se achava infiltrada e com "pannus" lepromatoso. Em todos os casos houve, após a alcoolização, edema mais ou menos acentuado das pálpebras e regiões vizinha se quemose. Em alguns, houve exacerbação das dores nas primeiras horas. (Obs. H, III, e V).

Nos casos de ulcera purulenta da córnea (obs. IV e VI), a alcoolização em nada influenciou a evolução do processo mórbido que progrediu até a perfuração espontânea da córnea e consequente catrização.

Em 2 injeções de alcool, uma só provocou paralizia muscular, transitória, por comprometimento do n. O. M. C.

E' de notar que a porcentagem do alcool, cuja injeção provocou a paralizia muscular, não é elevada (50%).

Nos casos era questão, não foi feita a tonometria instrumental da hipertensão, por ser esta óbvia.

A iridectomia descompressiva não foi tentada porque, em olhos já muito afetados pela lepra, é geralmente comprometida por exsudato, que invade o coloboma operatório.

Os casos das obs.: IV e VI, poderiam ter tido melhor sucesso mediante a paracentese da córnea.

## SUMARIO

O autor estuda, neste trabalho, as algias oculares da lepra e seu tratamento pela alcoolização do gânglio ciliar.

Fala da resistência das dores oculares lepróticas aos medicamentos usuais, dizendo que muita vez elas só cedem a uma medica-ção heróica morfina —, ou a uma terapêutica "tranchant" — intervenção cirúrgica.

Vem usando ultimamente nos doentes do Asilo Colônia "Aimorês", a alcoolização do gânglio ciliar nos casos em que falha o tratamento rotineiro. Tem obtido ótimos resultados. Com uma injeção de alcool ou duas, tem conseguido a sedação de dôres violentas e renitentes, poupando por vezes ao paciente a operação mutuante amputação do segmento anterior do olho.

Segue a técnica divulgada por Weekers e outros.

Em 12 injeções de alcool, teve um só caso de paralisia muscular transitória, por comprometimento do n. O.M.C.

BIBLOGRAFIA

- TUPINAMBA' - J. — **Injeções intra orifitárias de álcool** — Rev. de Oftal. S. P. ano VII n. 4.
- MAGITOT. A. — **A dor ocular** — Anais de oculistica. — Junho de 1937.
- NOVAH - G. — **Contribuição para o estudo da anatomia da g. ciliar** — Tese de doutoramento 1941 — Brasil. Otol. — Vol. 6 n. I.
- TESTUT — **Traité d'anatomic humaine.**
- R. SOUZA, A — **Alcool endovenoso nas dores lepróticas** — Rev. de Lep. de S. P. — Janeiro 1934.
- M. BECHELLI, L. — **O azul de metileno no tratamento das algias leprosas** — Rev. de Lep. de S. P. n. especial — Junho 1935.
- VALLE, S. — **O anavenenocrotálico em oftalmologia** — Rev. de Lep. de S. P. Vol. V n. 4.
- KOLEN e PRIVALONA — **Influência do bloqueio novocainico do c. ciliar, em algumas doenças dos olhos.** — Arq. Brasil — Offal — Vol. II, 4.

# CARTONAGEM PROGRESSO LTDA.

Rua Antonio Afonso, 237

JACAREI

ESTADO DE SÃO PAULO

ESPECIALIDADE EM CAIXAS PARA FAR-  
MACIAS E LABORATORIOS