

SINDROMO DE CLAUDE BERNARD-HORNER NA LEpra

ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA

Médico do Asilo-Colônia
Santo-Angelo.

Este síndrome, como é por todos sobejamente conhecido, aparece nas lesões do simpático cervical por um ataque à medula, às raízes ou à cadeia ganglionar. O síndrome apresenta sintomas diversos conforme se trate de excitação ou de destruição do simpático. Na prática encontra-se sobretudo o síndrome de interrupção o qual se apoia sobre três sinais cardinais: enoftalmia, miose e pseudo-ptose palpebral. Outros pequenos sintomas como, vaso-dilatação e anidrose são acessórios.

O fato de termos encontrado pela primeira vez um doente de lepra com este síndrome é que motivou a apresentação do mesmo aos dignos consócios para a sua discussão.

OBSERVAÇÃO

M.M., 56 anos, bunco, hespanhol, procedente de S. Paulo.

Antecedentes hereditários: Pais falecidos; ignora causa. Não tem e nem teve doentes de lepra na família. Quatro irmãos todos sadios.

Antecedentes pessoais: Nascido a termo de parto normal. Sarampo aos 10 anos. Impaludismo aos 25, adquirido no Canal do Panamá. Em 1920 sofreu um acidente com um trilho que lhe feriu o osso frontal (bossa esquerda). Novo acidente de automovel do qual lhe resultou ferimento sem importância na perna direita. Gonorréia.

Em 1928 notou o aparecimento de uma anestesia no polegar esquerdo. Poucos anos depois sofreu queda das sobrancelhas e erupção de numerosas manchas pelo tronco e membros. Ultimamente suas orelhas se infiltraram e o rosto assumiu uma coloração violacea. Não se refere a epistaxis ou a surtos eruptivos febris.

Historia da doença atual: Nunca percebeu que sofresse dos olhos. Não sabe dizer com segurança quando lhe surgiram os sintomas oculares de que ora nos ocupamos. Procurou-nos para consultar sobre afecção diferente, quando fomos atraídos pela a ptose palpebral esquerda.

Exame objetivo: Calvicie e canicie. Rosácea. Alopecia superciliar e ciliar quase total. Orelhas infiltrarias assim como as regiões malares. Infiltração das arcadas superciliares e do nariz. Pequenas infiltrações eritêmato-pigmentadas no tronco. Máculas eritêmato-pigmentadas nos braços e ante-braços. Atrofodermia acentuada nos membros superiores.

Acrocianose intensa. Discretas infiltrações nas nadegas, coxas e pernas. Varizes com leve flebite. Distrofias ungueais. Adenite iniquino-crural. Amiotrofia hipotenar e interossea. Anestesia termo-dolorosa nos bordos cubitais, joelhos, pernas e pés.

Forma clinica: Lepromatosa cutâneo-nervosa.

SINDROMO DE CLAUDE BERNARD-HORNER.

O exame objetivo revela logo a primeira inspecção, do lado esquerdo, uma ptóse palpebral com discreta enoftalmia e mióse correspondente. Estes três sintomas bastam, por si sós, para firmar o diagnóstico de síndrome de Claude Bernard-Horner. Porém, este diagnóstico só poderia ser confirmado depois de afastadas todas as possibilidades de lesões oculares lepróticas reproduzindo exatamente certos sinais de lesões do simpático cervical. O exame oftalmológico, como veremos adiante, veio derivar dúvidas.

Exame oftalmológico: Visão = I. A. O.

- 1 — Diminuição da rima palpebral do olho esquerdo.
- 2 — Mióse do olho esquerdo.
- 3 — Pigmentação iriana diversa do O.E. (heterocrômia).
- 4 — Diminuição da tensão ocular do olho esquerdo (Pelo tonometro de Schiotz):
O.E. = 28
O.E. = 22

Dr. Francisco Amendola.

Exame de laboratório: Muco nasal ++. Lesão cutânea +. Reação de Wassermann e Kahn +++. Exame de urina e fezes normais. Punção lombar em 27-4-44: Retirada de 20 cc. de liquido cefalo-raquidiano que foi examinado pelo Dr. Humberto Cerruti.

Aspecto — Transparente, cristalino, incolor.

Albumina — 0,20 grs. por litro.

Cloretos — 7,70 grs. por litro.

Citológico — 1,20 cel. por M³

Glicose — 0,45 por litro.

Reação de Pandy |——|

Globulinas: Reação Nonne Appelt (fase I) |——|.

Reação de Weichbrodt |——|

Reação de benjoim coloidal: 00000.00000.00000.0

Reação do ouro coloidal: 000.000.000.000.

Reação de Takata-Ara: |——|.

Reação de Wassermann (3 antigenos) I cc |——|.

Exame bacterioscópico. Os esfregaços praticados com o sedimento, corados pelo metodo de Ziehl-Neelsen não revelaram a presença de bacilos alcool-acido resistentes de Hansen.

Exames radiológicos: Foram tiradas varias fotografias das colunas cervical e dorsal, assim como do torax. Nada foi constatado de anormal. Pulmões sem alteração notavel. Mediastino normal.

Exame clinico: Fígado e baço aumentados de volume. Pressão arterial: Mx. 17 — Mn. 10.

CONSIDERAÇÕES GERAIS.

A leitura desta observação autoriza-nos o diagnóstico de "Síndrome de Claude Bernard-Horner" pelos seguintes sinais:

1 — Ptose palpebral ou pseudo-ptose palpebral, segundo outros.

2 — Enoftalmia.

3 — Miose.

4 — Heterocrômia e hipotensão ocular esquerda.

Trata-se portanto de um caso de paralisia do simpático cervical. Para confirmação desse nosso diagnóstico, foram realizadas três provas:

1 — Falta de dilatação da pupila por pingamento da pele na região lateral do pescoço.

2 — Inalterabilidade dos sintomas oculares à instilação de cocaína.

3 — Desaparecimento da miose pela instilação de atropina em consequência da diminuição do tônus do esfíncter da íris. Além disso dois sinais oftalmológicos importantes foram assinalados pelo Dr. Francisco Amendola: 1) Diminuição da tensão ocular do olho esquerdo. 2) Heterocromia.

Resta-nos agora discutir a provável etiologia do síndrome: traumatismo por arma de fogo, secção em intervenções cirúrgicas cervicais, compressão por bócio ou por ganglios linfáticos infartados ou endurecidos, linfosarcomas, granulomas, abscessos, lesões vertebrais, aneurismas, cancro do esôfago, aderências pleurais nos ápices pulmonares, siringomielia, tabes, podem ser causa de transtornos funcionais do simpático cervical. O síndrome cervical simpático se encontra pois nas afecções da medula, das raízes ou da cadeia ganglionar.

No nosso caso, os exames clínico, radiológico, sorológico e liquorico nada revelaram que pudesse esclarecer a etiologia da "oftalmoplegia simpática". Sífilis, tuberculose, tumores foram pesquisados sem resultado. Restam-nos duas causas: traumática e leprotica. Quanto à primeira, mostra o doente ao exame clínico uma cicatriz profunda de 2 cms. acima da bossa frontal esquerda. Os autores que se ocuparam mais do assunto falam em geral de traumatismos, porém, sempre na região cervical. Seria este portanto, a nosso ver, o primeiro de traumatismo na abóboda craneana. So-

bre a segunda causa, diremos que examinamos mais de 800 doentes do Asilo Colonia Santo Angelo, sem encontrar outro semelhante. Seria um ponto a investigar.

Poderia a leprose, tambem, ao lado de suas irmãs gêmeas lues e tuberculose, reproduzir o síndrome de Claude Bernard-Horner?

RESUMO

O Autor apresenta à Sociedade Paulista de Leprologia um caso de síndrome de Claude Bernard-Horner em um doente de lepra. Constatou a presença dos seguintes sinais: ptose palpebral, enoftalmia, miose, heterocrômia, iriana e hipotensão ocular esquerdas, correspondentes ao síndrome de interrupção. Procura todas as etiologias possíveis e pergunta finalmente se a lepra não poderia reproduzir esta lesão do simpático cervical.

BIBLIOGRAFIA:

- G. y R KLEMPERER — **Tratado completo de clinica moderna.** — 1935.
G. DEJERINE — **Sémiologie des affections du système nerveux.** — 1926.
LEVY-VALEUSI — **Diagnostic neurologique.** — 1925.
L. RIMBAUD — **Compendio de neurologia.** — 1940.
L. R. MULLER — **Sistema nervoso vegetativo.** — 1937.
E. VAMPRE — **Síndrome de Claude Bernard-Horner paradoxal.** Semana oftal -
Neurologica, setembro de 1927. — 7.ª Sessão.

CARTONAGEM PROGRESSO LTDA.

**Rua Antonio Afonso, 237
JACAREI**

ESTADO DE SÃO PAULO

**ESPECIALIDADE EM CAIXAS PARA FAR-
MACIAS E LABORATORIOS**

Eutz, Ferrando & Cia. Ltda.

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO

Rua Direita, 33 — Fone, 2-4998 — São Paulo

CIRURGIA:

Moveis asséticos, Salas de operações e esterilizações. — Instrumental cirurgico. — Montagem completa para Hospitais e Casas de Saude.

QUIMICA:

Microscopia, Bacteriologia, Física, História Natural. — Corantes e Reagentes para Laboratórios. — Material.

ELETRICIDADE:

Eletricidade médica, Diatermia, Ultra-violeta. Instalações completas de aparelhos de Raios X. Infra-vermelho.

NAS CONVALESCENÇAS:

SERUM NEURO-TRÓFICO



TÔNICO GERAL — REMINERALI-
ZADOR — RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE —

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPÊUTICO ORLANDO RANGEL

Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro.

LABORATORIO KALMO

Secção Industrial de VICENTE AMATO SOBRINHO & Cia.
SÃO PAULO

HEPACRITAN COFA

Princípio antitoxico do Fígado, segundo o metodo de
Forbes.

Cada ampola de 1 cc. contem:

Fração antitoxica do Fígado: 1 Un. Rato
(Correspondente a 50 grs. do órgão)

INDICAÇÕES

Molestias hepaticas — Intoxicações exogenas e endoge-
nas — Toxiemias infecciosas — Pre e post-operatorio —
Prevenção dos accidentes toxicos no emprego dos arseno-
benzois e da sulfanilamida — Estados alergicos — Ure-
mia e Toxiemias gravidicas, etc..

USO INTRAMUSCULAR