

A GLÂNDULA LACRIMAL NA LEPRO OCULAR

Dr. FRANCISCO AMÊNDOLA

oculista do S.P.B..

A terapêutica das afecções oculares na lepra, apesar dos conhecimentos e recursos adquiridos e das aquisições modernas do tratamento geral e especializado, ainda permanece incapaz de soffrear a evolução tão nefasta ao comprometimento visual, sombreando, mais e mais, a vida dos hansenianos, que, a despeito de todos os esforços empregados, frequentemente são levados à cegueira.

Todos os especialistas têm procurado atingir e seguir o conselho de KLINGMÜLLER, de que se deve impedir "o aparecimento e a progressão das lesões oculares". Infelizmente, a doença sendo gravíssima é insidiosa na sua evolução e o arsenal terapêutico não nos oferece ainda armas eficientes para combater-la.

As indicações de medicamentos desensibilizantes, de choque, etc...., podem sustar, algumas vezes, surtos agudos reacionais, tais como irites, iridociclites, esclerite aguda etc...., do mesmo modo que a cirurgia pode conseguir successo na plástica das correções de supercílios na paralisia do orbicular, na lagoftalmia, etc...., Contudo, em relação a determinadas manifestações oculares lepróticas, alguns métodos terapêuticos cirúrgicos, tais como extirpação de nódulos, peritomia, paracentese, keratotomia, iridectomia, etc...., podem apresentar resultados satisfatórios imediatos, porém, logo se desfazem nas recidivações desses mesmos processos mórbidos. Os tratamentos ionoterápicos, a roentgenoterapia e outros agentes fisioterápicos, também são meios terapêuticos que não devem ser esquecidos.

A evidenciação dos focos de infecção e a sua remoção constitue tarefa de máxima importância, não devendo mesmo ser descuidada; removendo-se todos os focos encontrados podem os resultados não ser totalmente satisfatórios, porquanto permanece o maior de todos eles que é a própria infecção leprótica, para cuja solução se continua ainda no terreno das investigações.

Se na terapêutica das manifestações oculares, na sua profilaxia, é de importância capital a remoção dos focos à distância, de maior valia se apresenta a extirpação dos focos de visinhança, os quais, pela sua situação, passam a agir direta e continuamente sobre o globo ocular.

As glândulas lacrimais palpebrais, orbitárias e acessórias, pela situação em que se encontram e sobretudo pela secreção contínua da lágrima, se bem que pouco abundante, quando lesadas e sem comprometimento das suas vias excretoras, representam um foco infeccioso importante e a sua extirpação traz modificações de alta valia na evolução dos comprometimentos oculares lepróticos.

A epífora é um fator irritativo constante, quer veiculando agentes mórbidos, quer traumatizando. entretém e alimenta a evolução da infiltração ocular, impedindo a cicatrização das lesões no campo ocular anterior.

O que vimos suceder nas manifestações cancerosas, deu origem à idéia da sua reprodução na lepra ocular, após verificarmos os resultados ótimos obtidos pelo Dr. Oswaldo Portugal que indica, ha mais de 15 anos, a extirpação da glândula lacrimal nos pacientes portadores de lesões cancerosas dessas regiões ou de lesões cancerosas tratadas e que devido a situação, não se cicatrizavam por causa do lacrimejamento continuo.

Cessada a epífora que não só não permitia a cicatrização, como alimentava novas formações flogísticas, a restauração não se fazia esperar nos processos cancerosos já tratados.

Empolgados pela benéfica indicação operatória nas manifestações cancerosas oculares, fizemos a primeira intervenção em manifestações oculares lepróticas, em um paciente que apresentava reação ocular crônica (irite crônica), acompanhada de um leproma perilímbico que envolvia a córnea de 1 às 4 horas do O.D. e que apresentava conjuntamente fenômenos subjetivos dolorosos, congestivos e lacrimejamento.

O leproma já havia sido operado 3 vezes, no período de 6 meses de tratamento e a recidivação se dava logo após o tratamento operatório. A extirpação da glândula lacrimal foi feita conjuntamente com a extirpação do nódulo perilímbico em 6 de Outubro de 1943. Após a intervenção, o paciente não só apresentou uma boa cicatrização da região perilímbica onde se encontrava o leproma, como apresentou em franca resolução os fenômenos agudos reacionais oculares, congestão, dor, injeção perikerática. Acrescentese a este quadro a informação do paciente, de que os sintomas subjetivos tinham desaparecido. Este paciente, G.R.. de 36 anos, branco, solteiro, permanece até hoje, 20 de Maio de 1944,

sem reativação do processo nodular e sem reação ocular, restando as modificações plásticas decorrentes das infiltrações reacionais anteriores.

O exame bacterioscópico do esfregaço da peça, retirada do ato operatório, foi positivo ++, vindo a confirmar o diagnóstico anatomopatológico que foi o seguinte:

"Os preparados mostram alguns lóbulos da glândula lacrimal. Na parte epitelial, glandular propriamente dita, não foram encontradas alterações patológicas e nem bacilos alcool ácidos resistentes. No tecido conjuntivo, quer perilobular, quer intralobular, de preferência nas proximidades dos vasos, observam-se algumas células vacuolizadas contendo bacilos A .A.R. (Células de Virchow).

Estas aparecem, em geral isoladamente, não chegando a constituir acúmulos facilmente visíveis. No interior de filetes nervosos, presentes no conjuntivo interlobular foram também encontrados raros bacilos e granulações A.A.R , sem lesão aparente do tecido conjuntivo da glândula lacrimal. (a) Dr. Paulo Sousa". (A microfotografia demonstra a evidência das lesões).

A intervenção que procedemos, consistiu em extirpar não só o agrupamento lobular glandular, como remover os lóbulos isolados, de maneira tal, que o máximo possível de lóbulos fossem atingidos, ao mesmo tempo que a excisão da massa seccionasse os condutos excretores da glândula orbitária: que atravessam o glândula palpebral onde esta lança as suas vias excretoras.

Fizemos a extirpação da glândula lacrimal em mais de 20 casos, até a presente data, e em várias formas reacionais evolutivas. Em quasi todas as intervenções foram praticados os exames bacterioscópicos do esfregaço da peça, seguidos dos exames anatomo-patológicos no laboratório do D . P . L . .

As observações que mais adiante registamos, demonstram que os resultados foram sempre benéficos, mesmo nos casos nos. 3, 11 e 12, nos quais os diagnósticos anátomo-patológicos não registavam lesões lepróticas e nem bacilos alcool ácido resistentes; os resultados terapêuticos foram bons, pois que os pacientes melhoraram desde alguns dias depois da intervenção, sendo a cicatrização dos nódulos perilímbicos boa e não recidivando até o momento presente. O n. 12, E.L., foi um dos que ficaram mais satisfeitos com o tratamento, pois além da doença ocular, tinha uma grande depressão nervosa em consequência das manifestações oculares e com os resultados benéficos obtidos pelo tratamento, seu estado geral se restabeleceu.

A acuidade visual dos pacientes apresento uuma melhoria, quando não houve alterações gradativas na escala de WECKER, a visão se modificou quanto a fixação e a clareza.

Os diagnósticos anátomo-patológicos em 20 casos examinados, foram negativos somente em 3 casos, e em todos êsses a positividade foi variável de um caso para outro, porém sem grandes alterações na diversidade das lesões.

O exame bacterioscópico das lágrimas e dos esfregaços das peças retiradas não apresentou paralelismo com as lesões glandulares, pois se foi positivo em alguns casos, foi negativo em outros, mas pelas lesões anátomo-patológicas, observou-se que carecem de importância tais resultados, porque as alterações lepróticas não tomam toda a glândula, assim os resultados dos esfregaços podiam ter atingido a zona infiltrada, do mesmo modo que podiam ter atingido somente a zona indene, daí não ser encontrada a positividade bacterioscópica na secreção lacrimal.

Aos exames anátomo-patológicos todas as glândulas apresentavam um certo grau de inflamação crônica intersticial, mesmo sem caráter específico e o tecido conjuntivo perilobular e intralobular, mais frequentemente, junto aos vasos apresentava comumente células de VIRHOW. Nos filetes nervosos havia quasi sempre nevrite e perinevrite e presença de bacilos. No tecido conjuntivo além das infiltrações inflamatórias com bacilos A.A.R., havia filetes nervosos visíveis com bacilos além de nevrites e perinevrites. Ao exame macroscópico notava-se frequentemente um aumento de volume dos lóbulos.

Glândulas com lesões patológicas bem evidentes, reveladas pelos exames histo-patológicos, em contato continuo com o segmento anterior do globo ocular e havendo epífora, a própria secreção constitue fator traumático, não deixam de ser focos de infecções que devem receber maior vigilância e a maior atenção na terapêutica da lepra ocular.

Na indicação da extirpação da glândula lacrimal palpebral que conjuntamente com a parte orbitária é seccionada nos seus condutos, porisso mesmo comprometida, vem à mente em consequência d'êste ato operatório, as ocorrências nocivas que poderiam contra-indicar a intervenção. Não havendo, em primeiro lugar, uma ausência absoluta da lágrima, porquanto restavam as glândulas accessórias ou aberrantes de KRAUSE que se acham alojadas no fundo de saco conjuntival superior e as glândulas de CIACCIO ou de WOLFING, alojadas na espessura do tarso, próximas à margem convexa. A xeroftalmia que só foi observada em um caso e relatado pelo paciente como ligeira secura dos olhos, não constitue contra-indicação a uma intervenção que poderá trazer resultados de alta significação para uma moléstia gravíssima e insidiosa.

O Dr. Oswaldo Portugal que vem indicando esta terapêutica nos cancerosos há mais de 15 anos, até hoje não registou um caso

siquier de pacientes com xerofthalmia post-operatória. BICKHAM diz: "Considerava-se, antigamente que a remoção da glândula lacrimal produzia sérios prejuízos ao globo ocular, está demonstrado que a glândula de MEIBONIUS, a de KRAUSE, a conjuntiva e acarúncula, suprem suficientemente a secreção destinada à lubrificação".

Os pacientes que operamos, quasi todos, foram formas agudas ou crônica nos quais todo o arsenal terapêutico de rotina havia falhado, e os resultados operatórios foram sempre satisfatórios e animadores.

Com a extirpação da glândula lacrimal verificamos em dois casos de forma aguda (reação ocular comprometendo a esclera, córnea, íris e aquoso), que os fenômenos objetivos, congestão, lacrimejamento, fotofobia, cederam logo depois da intervenção e que os fenômenos subjetivos, dor, sensibilidade à luz, mal estar geral, melohraram consideravelmente.

Para se aquilatar dos benefícios trazidos aos pacientes logo após intervenções, basta citar o fato de que, não desejando mais operar ao perfazer 30 intervenções, afim de poder avaliar as suas consequências, indicações exatas e contra-indicações, identificando os casos que mais lucrariam com a intervenção curativa ou mesmo preventiva, assim como para observar os resultados tardios, fui instado até por intermédio de colegas, para que satisfizemos pedidos de numerosos pacientes, que não desejavam esperar pelas sequências referidas.

A exação se realiza em poucos minutos e a fazemos pela técnica de WECKER, tendo sido sempre seguida de um bom post-operatório, geralmente em 2 a 3 dias.

Não procedemos à indicação profilática operatória nos casos incipientes que se apresentavam com ligeira episclerite, ou manifestações levíssimas congestivas, porque, si bem que os resultados operatória tenham sido até agora satisfatórios, não se pode afirmar com eles se comportarão no futuro, mormente nas keratites lepróticas a mais grave das afecções oculares e que sendo de evolução muito lenta e contínua, frequentemente conduz os pacientes à perda completa da visão, a despeito de uma cuidadosa assistência especializada, aliada à resignação e perseverança dos mesmos aos tratatos.

A observação n. 11, F. C. , 18 anos, branca, solteira, foi um dos casos e registamos, mais significativo. Trata-se de uma das mais quer as e belas moças do A.C. Sto. Ângelo, e com tristeza geral a meia se propalou de que ela se achava gravemente enferma dos olhos. Não pudemos, de nossa parte, reprimir o sentimento de compaixão, quando ao avista-la, à porta do consultório,

vimo-la de cabeça baixa, com apífora e fotofobia. Ao examina-la. deparamos com um olho já completamente invadido pela keratite intersticial e o outro bem comprometido. . Não restava nada a fazer pois todo o arsenal terapêutico já havia sido tentado e falhado. Indicamos a extirpação da glândula lacrimal, o que fizemos em ambos os olhos em uma mesma sessão. Após alguns dias, a paciente volta ao consultório, já agora alegre e de cabeça erguida, sem fotofobia e sem dor, dizendo se achar melhor, esperando curar-se completamente.

Até quando permanecerá essa esperança?

Finalizando, repetimos que os resultados imediatos da extirpação da glândula lacrimal têm sido benéficos nas lesões oculares lepróticas e esperamos novos trabalhos e mais tempo de observações para que possamos tirar dessas intervenções terapêuticas, melhores proveitos, quer curando, quer prevenindo contra o maior de todos os males que pode atingir os pacientes: a cegueira.

CONCLUSÕES

I

A glândula lacrimal constitue um foco de infecção na lepra ocular.

II

Os diagnósticos anátomo-patológicos revelaram frequentemente lesões lepróticas nas glândulas lacrimais que foram extirpadas dos pacientes portadores de lepra ocular.

III

A extirpação da glândula lacrimal palpebral, que compromete também a porção orbitária, é uma indicação terapêutica de grande importância.

IV

Mesmo nos casos negativos anátomo-patológicos, a extirpação da glândula lacrimal não constituiu uma contra-indicação, em vista dos resultados clínicos verificados.

V

Os resultados decorrentes da extirpação da glândula lacrimal, principalmente nos casos indicados, foram sempre benéficos.

OBSERVAÇÕES

N.º 1 — O.M. 24 anos, branca, solteira, brasileira. Irite com panus leprótico, dores, congestão ocular. Operação em 20-3-44. Desaparecimento da congestão e ausência de dores 6 dias após a intervenção. Exame bacterioscópico da peça : +. Exame anátomo-patológico: ligeira infiltração do tecido conjuntivo da glândula lacrimal.

N.º 2 — G.R. 36 anos, mulato, solteiro, brasileiro. Reação ocular com irite e com nódulo recidivado 3 vezes. Operado em 24-10-1943. Exame bacterioscópico da peça: ++. Exame anátomo-patológico: infiltração leprótica do tecido conjuntivo da glândula lacrimal em 20-5-944. Não ha recidivação de nódulo e ausência de reação ocular.

N.º 3 — C.P. 50 anos, branca, italiana, casada. Nódulo perilímbico e congestão conjuntival e escleral. Operação em 11-1-44. Exame bacterioscópico negativo, exame anátomo-patológico: ausência de infiltração específica. Operada em 28-5-44, desaparecimento das congestões, zona perilímbica em bom estado e cicatrização.

N.º 4 — A.B. de S. 42 anos, branco, solteiro, brasileiro. Congestão difusa e irite crônica com dores e fotofobia. Operado em 4-10-43. Exame bacterioscópico: .4-. Exame anátomo-patológico: ligeira infiltração do tecido conjuntivo da glândula lacrimal. Operado em 20-5-43. Não ha recidivação de nódulos, não ha congestão e com ausência de dores.

N.º 5 — A.G.S. 40 anos. Branco, casado, brasileiro. Reação aguda com irite e congestão difusa esclero-conjuntival. Operado em 12-3-44. Exame bacterioscópico da peça: +. Exame anátomo-patológico: nevrite e perinevrite. Exame em Maio: ausência de dores, e congestão, não ha reação ocular.

N.º 6 J.P.D., 26 anos, branco, solteiro, brasileiro. Congestão superficial e profunda da conjuntiva. Panus leprótico. Irite com dores, fotofobia e lacrimejamento. Operação em 21-3-44. Exame bacterioscópico: +. Regressão de todos os sintomas em 20-4-44.

N.º 7 — A.B. 23 anos, branco, solteiro, brasileiro. Infiltração difusa intersticial, formação nodular, congestão difusa esclero-conjuntival. Operação 22-3-44. Só exame bacterioscópico: ++. Exame em 26-4-44: ausência de dores sem congestão e nódulo sem recidivação.

N.º 8 — J.L.S. 24 anos, branco, solteiro, brasileiro. Panus leprótico com grande vascularização. Esclero-keratite. Operação 2-3-44. Exame bacterioscópico: +. Exame anátomo-patológico: ligeira infiltração lepromatosa. Exame em 20-5-44: ausência de congestão e os fenômenos reaccionais oculares sem atividade. Não ha dor e nem lacrimejamento.

N.º 9 — S.M. 27 anos, branco, solteiro, brasileiro. Infiltração difusa corneana, com vascularização corneana de reparação. Congestão esclero-corneana. dores, lacrimejamento. Visão de vultos a vinte centímetros. Operação em 17-4-44. Exame bacterioscópico, ++. Exame anátomo-patológico, ligeira infiltração lepromatosa do tecido conjuntivo intersticial da glândula lacrimal. 20-5-44: ausência de dores e congestão, acusa movimentos mais livres do globo, não houve melhora da A.V., porem sente bem estar, e a visão mais clara. Persiste a infiltração corneana

N.º 10 — M.M. 48 anos, branca, italiana, casada Kerato-irite com vascularização superficial e profunda. Operação em 17-3-44. Exame bacterioscópico, ++. Exame anátomo-patológico, infiltração intensa, inflamatória, crônica, intersticial. Nevrite e perinevrite. 20-5-44.. Ausência de dores e lacrimejamento e diz sentir a visão bastante melhorada.

N.º 11 — F. C. 18 anos, branca, solteira, brasileira. Keratite quase total do OE e keratite tomando o terço superior da córnea do O.D. Turvação e

lacrimejamento, com fotofobia. Operação em 26-3-44. Exames negativos bacteriológico e anátomo-patológico. Em 20-5-44. ausência de dor e sente a visão mais clara sem fotofobia. Não ha lacrimejamento e congestão.

N.º 12 — E.L. 36 anos, branco, solteiro, brasileiro. Irite crônica, nódulo perilímico, dores, lacrimejamento, congestão. Operação em 10-2-44 Exame bacteriológico negativo. Exame anátomo-patológico: não foram encontrados lesões leprosas e nem bacilos A.A.R. Em 20-5-44: ausência de congestão, não ha recidivação de nódulos, não ha dor e nem lacrimejamento.

N.º 13 — B. L. dos S. 54 anos. parda, casada, brasileira. Irite e esclerite. Congestão ocular, dor, lacrimejamento. Operação em 10-4-44. Exame bacteriológico. ++. Exame anátomo-patológico: inflamação crônica intersticial sem caráter específico. Nevrite e perinevrite com bacilos A.A.R..

N.º 14 — M.G.: 52 anos, branca, casada, italiana. Reação aguda com kerato-Irite, congestão difusa, dor, lacrimejamento e fotofobia. Exame bacteriológico: ++. Exame anátomo-patológico: intensa infiltração lepromatosa, rica em bacilos A.A.R. Em 27-3-44. foi operada. Exame praticado em 5-6-44: ausência de congestão, sem dor e fotofobia.

N.º 15 — A.L. 53 anos, branco, casado, brasileiro. Irite antiga e nódulo perilímico, recidivado 3 vezes após operação. Operação da glândula lacrimal em 11-3-44. Ausência de congestão, boa cicatrização sem recidivação nodular. Exame bacteriológico: +. Exame anátomo-patológico: ligeira infiltração inflamatória.

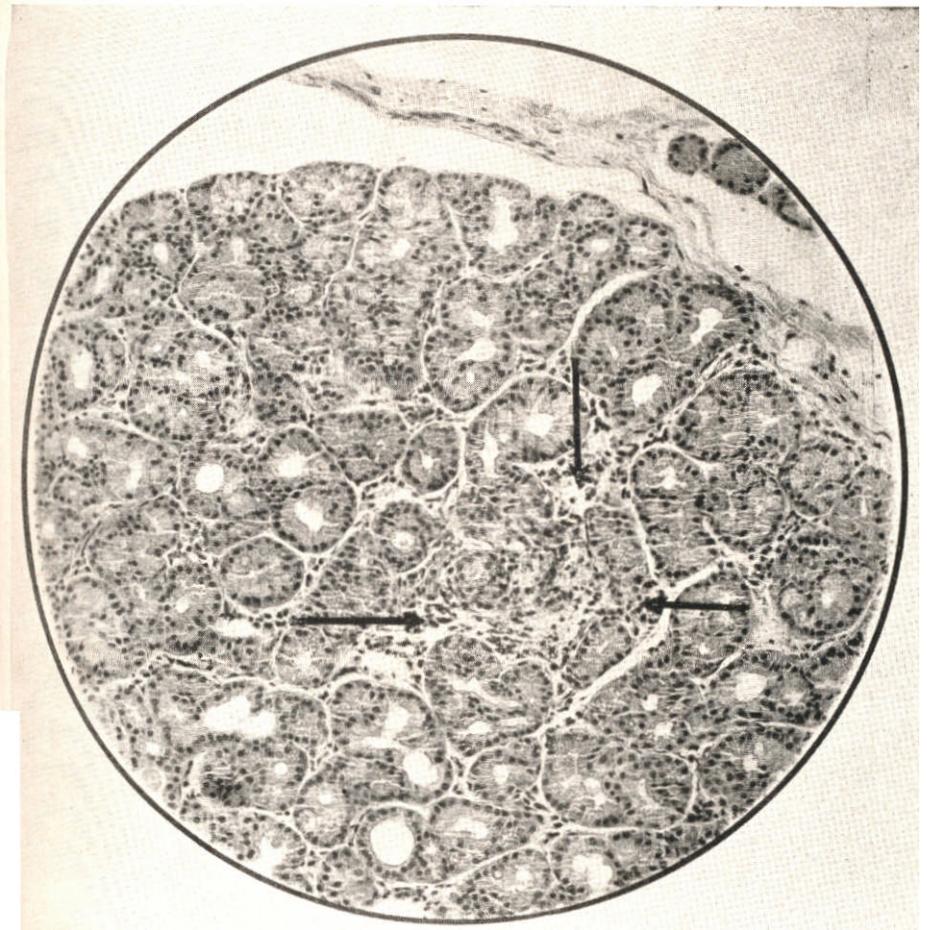
N.º 16 — E.M. 35 anos, branca, brasileira. Infiltração difusa, congestão, dor e lacrimejamento. Operada em 4-5-44. Exame bacteriológico: +. Examinada em 20-5-44: ausência de dor, sem lacrimejamento e ausência de congestão.

N.º 17 — J. D. O. —34 anos, parda, casada e brasileira. Nódulo perilímico e reação aguda. Operada em 12-3-44. Examinada em 5-4-44: ausência de reação e boa cicatrização nodular.

N.º — 18 G.A. — 29 anos, branca, solteira, brasileira. Reação ocular aguda, com esclerite e irite. Operada em 14-4-44. Exam bacteriológico: ++. Exame em 5-6-44: ausência de reação ocular e congestão.

N.º 19 A.M.J. — 48 anos, parda, casada, brasileira. Congestão ocular com irite aguda e esclerite. Operada em 11-12-43. Exame bacteriológico: +. Exame anátomo-patológico: ligeira Infiltração inflamatória lepromatosa. Exame em 5-6-44. Ausência de irite aguda, sem congestão e lacrimejamento.

N.º 20 — M.F.B. 40 anos, branco, casado, brasileiro. Infiltração difusa, congestão e nódulo perilímico. Operação em 4-4-44. Exame bacteriológico: +. Exame em 5-6-44: ausência de reação, sem congestão e boa cicatrização da região perilímica.



Glândula Lacrimal Papepral

Vendo-se assinaladas por setas, pequenas infiltrações crônicas com várias células vacuolizadas que, pela coloração de Ziehl-Nielsen, mostram em seu Interior bacilos A.A R.

Diagnóstico: Ligeira infiltração lepromatosa intersticial da glândula lacrimal. Col. H-E-Aumento: 300x.