

CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO DE LEPROMA DA IRIS

PLÍNIO BITTENCOURT PRADO
Oftalmo-oto-rino-laringologista do A. C. Aimorés

O caso em questão não teria maior importância si não viera ratificar o juízo que fazemos, todos nós oculistas, do quão desanimadora é a terapêutica medica ou cirúrgica nas manifestações oculares da lepra.

Quando se trata então de perturbação iriana é frequente vermos o olho afetado tornar-se cada vez mais comprometido, a despeito de todo e qualquer tratamento ocular. Isto se dá, em virtude da recidiva de manifestações oculares já estabelecidas ou do aparecimento de outras, mormente em se tratando de doente de forma lepromatosa.

Nas formas benignas da moléstia — tuberculóide cutânea, tuberculóide nervosa e tuberculóide cutâneo-nervosa — mesmo quando surte efeito o tratamento das manifestações irianas feito em inicio, ainda assim ficam sequelas que determinam baixa, mais ou menos acentuada, da visão.

O doente da nossa observação apresentava quando nos procurou um leproma gigante da iris, cuja ablação, coroada de êxito no começo, não impediu que o olho caminhasse para a perda da função visiva.

Trata-se de A.S., fichado em 31-VIII-1933, aos 31 anos de idade, como forma mista (lepromatosa pela classificação atual).

Da ficha dermatológica, feita pelo nosso distinto colega Dr. MURILO A. DE OLIVEIRA, interessa-nos somente o seguinte: infiltrações generalizadas, perda da sensibilidade nos membros superiores e inferiores, ausência de sobrancelhas e cílios, septo e cartilagem da asa direita do nariz destruídos em parte e ulceração da abóbada palatina.

Muco: + Lesão: ++

Em 30/VI/1936 procurou-nos, queixando-se do olho direito.

Pelo exame oftalmológico, constatamos: O.D.: pupila irregular, imóvel ; exsudação discreta no campo pupilar; algumas sinequias posteriores; leproma, pouco menor que uni grão de arroz, junto à raiz da iris, as 8 horas; olho ligeiramente irritado; visão = 1/20.

O. E.: nada de anormal ; visão = 1.

Instituímos tratamento dissensibilizante pela autohemoterapia, instilação de atropina e suspensão do chaulmoogra. A irritação desapareceu.

Em 7/VIII/1936 — operamos o O.D: ablação do leproma da iris, fazendo ao mesmo tempo uma iridectomia.

O resultado foi ótimo cicatrização rápida e perfeita, ficando uma iridectomia ampla. A visão subiu para 1/3.

O Olho conservou-se assim durante quasi três meses, quando começou a aparecer exsudato cobrindo o coloboma operatório. Nenhuma manifestação aparente de irritação.

Dois meses e pouco mais, o exsudato tinha invadido o coloboma, a pupila e parte da iris, que acabou sendo coberta quasi que totalmente.

A visão baixou a "percepção de luz", antes que se completassem os 6 meses depois da operação.

Em 4/VII/1937 apresentaram-se fenômenos de hipertensão no O. D., que cessaram pela instilação de eserina e autohemoterapia.

Só o vimos depois, em 4/X/1939, quando nos procurou queixando-se de O.E., que apresentava fenômenos de irite (circulo peri-querítico, miose, pupila reagindo mal a. luz, fotofobia e dor discreta). Prescrevemos-lhe atropina a 2%, soro glicosado hipertônico na veia e a suspensão do chaulmoogra.

Demos-lhe alta, em 24/XI/1939. Não ficaram sinequias e a visão de O. E. ainda continuava igual a 1.

Tres meses depois novo e violento surto de irite em O.E., já com sinequias posteriores constituídas e que não mais se desfizeram.

Instituímos o mesmo tratamento, dando-lhe alta um mês após. A visão baixou a $\frac{1}{2}$.

Pelo temor de precipitar a piora do estado ocular do paciente, não o operamos. Prescrevemos-lhe, em falta de outra terapia, injeções de Gaduzan.

No último exame que lhe fizemos, em 30/X/1940, constatamos: O.E.: pupila irregular, sinequias posteriores; exsudato no ângulo irido-corneano, em baixo; leproma, pouco aumentado, junto à raiz da iris, as 2 horas; outro mais ou menos do mesmo tamanho sobre a iris, a meia distância da pupila ao ângulo irido-corneano, As 8 horas; iris com zonas de atrofia; O. E. Visão = 1/6.

O. D. apresentava a córnea triclá infiltrada, deixando perceber a câmara anterior, raza, e a iris coberta por exsudato organizado, acinzentado; visão = 0.

Quanto ao estado geral do doente, havia pequena exarcerbação, das lesões lepromatosas, com ulcerações de alguns tubérculos dos membros.

O paciente, para desapontamento nosso e seu próprio desespero, caminha inexoravelmente, com ou sem tratamento, para a cegueira total.

O caso da nossa observação, e um dos muitos que vemos diaria-mente nos Asilos.

A medicação mui frequentemente falha e o olho, cada vez mais comprometido, caminha lenta mas certamente para a perda da função visual.

As manifestações irianas são as que mais zombam da medicação e as que, via de regra, mais prejudicam a visão.

Nos casos de leproma gigante da iris a intervenção racional e a ablação do tumor pela iridectomia que, além de extirpar a neoformação, previne o glaucoma secundário e melhora a visão do paciente que, em tais casos, está quasi sempre comprometida por sinequias posteriores ou exsudatos pupilares ou mesmo ambos.

Infelizmente os resultados obtidos pela intervenção, brilhantes no início, quase sempre desaparecem algum tempo depois pela obliteração do coloboma operatório da iris por exsudatos.

A operação chega is vezes, após beneficio temporário, a precipitar a piora do estado ocular do doente, pois os exsudatos, como no caso da nossa observação, não só invadem o coloboma operatório como também a pupila, chegando mesmo a cobrir quasi que tôda a iris.

O mesmo acontece, frequentes vezes, nos casos de iritictomia antiglaucomatosa e ótica que, si no começo traz algum beneficio ao doente, logo tem os seus efeitos anulados pelos exsudatos que a invadem, cobrindo-a totalmente.

Temos notado, ao contrário, que a iridectomia praticada em leprosos que não apresentam manifestações oculares de lepra, se conserva perfeita por muito tempo, talvez para sempre caso não venha a aparecer neste olho uma lesão leprótica.

Há quatro anos já operamos de catarata senil, pelo processo combinado, um doente de forma nervosa M. A. (Tuberculóide cutâneo-nervosa, pela atual classificação), que não apresentava perturbações oculares de lepra.

Até hoje êste doente conserva a sua iridectomia perfeita, com visão igual a $\frac{2}{3}$, com a lente corretora.

CONCLUSÕES

1.º — As perturbações oculares da lepra são rebeldes ao tratamento, principalmente quando aparecidas em doente de forma lepromatosa.

2.º — As manifestações irianas são as que menos se beneficiam com tratamento medico ou cirúrgico, e que levam maior número de doentes à cegueira.

3.º — O coloboma operatório da iris determinado pela excisão de tubérculos é, geralmente, obstruído por exsudato algum tempo após a intervenção. O mesmo acontece, frequentemente, com a iridectomia ótica e antiglaucomatosa, mormente quando praticada em olhos já muito afetados.

4.º — A iridectomia feita em doentes de forma benigna, maxime quando o Olho ainda não apresenta lesão leprótica, conserva-se perfeita por muito tempo, talvez para sempre.

BIBLIOGRAFIA

TRANTAS, A. — Lépre oculaire — Recueil d'ophtalmologie.

MARIN AMAT — Contribuição para o estudo da lepra ocular (tradução) Zentralblatt — Berlim.

MORAX — Quelques aspects particuliers de l'iritis lépreuse — Annales d'oculistique — Novembro, 1934.

MORAX — Précis d'ophtalmologie.

TISOORNIA — Complicaciones oculares de la lepra — Separata — Buenos Aires, 1937.

DUVERGER et VELTER — Therapeutique chirurgicale ophtalmologique.

GROSSMANN — A clinical study of lepra ophtalmica.

Não houve discussão.