

Subsídios para o estudo da lepra ocular (*)

SERGIO VALLE — Campinas, Est. S. Paulo.

CAPÍTULO I

CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIAS FORMAS CLÍNICAS DA LEPRA E AS LESÕES OCULARES

Classificação clínico-epidemiológica. Necessidade de relacionar as lesões oculares com a forma clínica que as produziu. Reação leprótica. O papel da lâmpada de fenda nos exames de alta condicional. Lesões oculares próprias de cada forma clínica. Efeito provável da reação leprótica sobre as lesões oculares. Incidência.

Porcentagem da cegueira na lepra. Defeito insano das estatísticas.

Em que pese à nossa minguada autoridade no assunto, mais da alçada dos dermatologistas, a classificação das formas clínicas da lepra que grangeou a nossa preferência, pela simplicidade, pela clareza, pela racionalidade, graças à documentação sólida em que se estriba, extraída de postulados da epidemiologia, da patologia geral, da clínica e da anatomia patológica, foi a de RABELO JUNIOR ⁽¹⁾, posteriormente modificada e aperfeiçoada ⁽²⁾.

As classificações até aqui utilizadas, desde LÉLOIR até a Conf. de Manila, elaboradas de conformidade com os conhecimentos da época, caducaram pela ação natural do tempo, pois é próprio de classificações sobre assunto que vive em permanente evolução o caráter de transitoriedade. A de que nos ocupamos se serviu do aspecto clínico morfológico das lesões, do teor em bacilos, da estrutura histológica e do grau de reatividade acusada pelo doente em relação a antígenos determinados.

Pode ser que os dermatologistas possuidores de classificações próprias ou as que outras já se acostumaram impugnem, com ou sem razões dignas de apreço, a que vamos adotar no presente trabalho.

Ao oftalmologista que versa assunto de lepra e que precisa de pôr em ordem as suas observações, relacionando-as sempre com as formas clínicas, a dita classificação o auxilia bastante na exposição de seus achados.

(1) RABELO JUNIOR — *Uma classificação clínico-epidemiológica das formas da lepra*. "Rev. Bras. de Leprologia" (Número Especial), Vol. IV, 1936, p. 375.

(2) ED. RABELO et RABELO JUNIOR — *"Une classification des formes de la lèpre doit avoir une portée pratique de façon à la rendre accessible à tous ceux qui travaillent dans les hôpitaux, aux dispensaires et au champ épidémiologique, étant donnée que tous les travailleurs n'ont pas, toujours, une connaissance approfondie de la maladie, ou, sous la main, les données nécessaires à une classification plus compliquée. La simplicité doit être sa qualité première."*

Une classification clinico-épidémiologique des formes de la lèpre, "Rev. Bras. de Leprologia", Vol. VI, N.º 3, 1938, p. 233.

(*) O trabalho original foi ilustrado por Parpineli com 60 desenhos a cores, representativos de muitas das afecções enumeradas no texto. Na impossibilidade material de exceder as proporções limitadas da Revista, assim como na exorbitância a que sobe, entre nós, o custo da feitura e da impressão de figuras coloridas (tricromias e quadricromias), decidiu-se o autor a publicá-lo diminuído em sua estatura natural. Mergulhado há mais de um ano nas trevas do ineditismo, com prejuízo evidente para quem só pelo esforço honesto quer merecer a confiança e a estima de seus colegas, sai, agora, à luz da publicidade.

Analizando-se o quadro sinóptico (Quadro I) dentro do qual compendiamos os caracteres dominantes de cada forma clínica, ter-se-á imediatamente a noção clara de suas analogias e de suas diferenças, desde os sintomas até às conclusões epidemiológicas.

Porque não basta, em se tratando de lepra, a simples enunciação da causa etiológica, com o que se considera o especialista quite com a curiosidade geral, como procede diante da sífilis e da tuberculose. Exemplifiquemos. O diagnóstico de *queratite leprosa* abrange, desde a forma erosiva, em geral de pouca gravidade, dependente da lagofthalmia criada pela amiotrofia do orbicular (variedade trofo-anestésica), até à forma hiperplástica ou pseudo-tumoral, de suma gravidade, peculiar à forma lepromatosa, intrametendo-se entre as duas a queratite intersticial das formas maculosa ou complexa, que requer ainda o diagnóstico diferencial com as queratites da sífilis e da tuberculose, etc., etc.

Sem que se adscрева, imediatamente, à lesão ocular a forma clínica que a determinou, nunca se terá noção diagnóstica e prognóstica, *quoad vitam é quoad functionem*, de absoluta nitidez.

Desprezando as classificações dualistas, que, à lepra cutanea antepõem a lepra nervosa, opinou RABELO JUNIOR pela unicidade do processo, de acordo com a patologia geral, chegando à conclusão de que não há diferenças flagrantes nem limites fixos entre o leproma, a mácula e a lepride tuberculóide.

O neurotropismo do bacilo leproso não é primario, nem procede como outros virus neurótropos, o virus herpético, por exemplo, o qual, onde quer que seja depositado — cornea não escarificada, nervos periféricos, mucosa nasal íntegra — determina sempre uma peri-neurite ascendente e busca necessariamente a medula, o bulbo e a cortiça cerebral. Em circunstancias iguais, o bacilo de HANSEN, depositado na cornea ou na mucosa nasal, passaria, ao contrario, aos ganglios linfáticos cervicais e permaneceria nos filetes nervosos periféricos.

Examinando casos de forma nervosa pura, WADE verificou que a pele havia sido anteriormente atingida. A infiltração do derma seria o estadio inicial; secundariamente, os nervos vizinhos seriam envolvidos no processo.

Diante do fator constante, o bacilo de HANSEN, que determina a unidade nosológica, todas as alterações da estrutura tecidular e o maior ou menor teor de bacilos dependeriam da reatividade espontanea (con-gênita) ou adquirida por vacinação anterior natural (alergia) do organismo.

Para UNNA (Conf. Benchetrif), ⁽³⁾ não há lepra nem sintoma de lepra sem a presença ou a preexistencia do bacilo. JEANSELME ⁽⁴⁾ prevê que se possa, futuramente, desfalcar o capítulo das perturbações tróficas.

(3) Cit. de JADASSOHN — *Patologia geral da lepra*, "Rev. Bras. Lep.", Vol. V, N.º 1, p. 112.

(4) JEANSELME — "Il se pourrait fort bien que certaines modifications de la peau, communes chez le lépreux, et que l'on considère généralement aujourd'hui comme des troubles trophiques, expressions de la névrite, soient rattachées plus tarde, quando nos moyens d'investigation seront moins imparfaits, à l'action directe du bacille." "La Lèpre", p. 419.

QUADRO I. — CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA DAS FORMAS DA LEPRO.

Formas clínicas	Forma lepromatosa (L)	Forma máculo-anestésica (MA)		Forma tuberculoide (T)
		Maculosa (M)	Trofo-anestésica (A)	
Sintomas	Lesões eritematosas. Lepromas difusos, miliare, papulosos, tuberosos, nodulares, infiltrativos (pele, mucosa, nervos). Lesão acrômica, com halo ativo eritematoso e bacterioscopia positiva.	Leprides pigmentares e acrômicas, sem halo eritematoso ativo — (bacterioscopia negativa).	Lesões tróficas: amiotrofias, camptodactilia, mão em garra, panarício analgésico, mal perfurante, reabsorção das falanges com mutilações, ulcerações tróficas, bolhas.	Leprides tuberculóides, planas ou eritematosas. Lesões acrômicas, com halo eritematoso e bacterioscopia negativa.
Bacterioscopia clínica	Positiva. Bacilos em grandes massas.	Positiva. Bacilos em pequeno número.	Bacilos ausentes.	Bacilos ausentes ou raríssimos.
Imunologia	Cuti-reação de Mitsuda negativa em 90 %. Soro -reação de Witebsky, positiva em 90 %.	Mitsuda positiva em 70 %. Witebsky positiva em 20 %.	Mitsuda positiva em 70 %. Witebsky positiva em 65 %.	Mitsuda muito positivo - 90 %. Witebsky negativa em 70 %.
Histologia patológica .	Infiltrações maciças. Leprocitos de Wirchow.	Inflamação crônica. Focos perivasculares.	Inflamação crônica. Focos perivasculares.	Diferentes tipos de estrutura tuberculóide.
Epidemiologia	Alto coeficiente de contagiosidade. Pele e muco muito bacilíferos - 70 %.	Menor contagiosidade. Menos bacilos, principalmente na pele. Muco nasal positivo em 5 %.	Contagiosidade restrita. Bacilos ausentes, salvo em casos secundários. Bacilos com intermitência na mucosa nasal - 20 %.	Contagiosidade mínima, comparável á da sífilis secundária. Muco negativo em — 100 %.

Explicam-se as modalidades, os múltiplos aspectos clínicos com que a lepra, assim como a sífilis e a tuberculose, se denunciam às investigações da propedêutica, tanto no que se refere às lesões neurotrópicas e dermatópicas como às múltiplas manifestações oculares, com o fim de enquadrar tal polimorfismo dentro da unidade nosológica, já que a unidade etiológica é função incontroversa dos três bacilos ácido resistentes HANSEN, SCHAUDINN e KOCH, pelas oscilações da alergia específica, "*mezcla paradójal de inmunizacion y sensibilidad*" (5), que, enquanto à tuberculose "*se caracteriza, biologicamente, por las reacciones cutaneas a la tuberculina y anatomicamente por los fenómenos congestivos perilesionales, o sea reacciones locales y focales, respectivamente.*" (6)

Do mesmo modo se enuncia LAGRANGE (7): "*Toutes les localisations, toutes les généralisations, tous les aspects de la tuberculose sont donc imputables d'une part à la généralisation bacillaire, et d'autre part à la sensibilité allergique.*"

Mas as formas clínicas são mutáveis e reversíveis. Ora a forma tuberosa se complica com a anestésica, ora esta se complica com aquela, ora, como o querem ROGERS e MUIR (8), há uma alternância entre os sintomas tuberosos e os anestésicos. GOUGEROT encontrou a associação leproma-tuberculóide; LOWE registrou a passagem da lesão tuberculóide para a lepromatosa; KYRLE assinalou bacilos em lesões tuberculóides; em mancha eritematosa TISSEUIL verificou estrutura tuberculóide com numerosas células gigantes, mas sem bacilos. Com o propósito de fixar melhor os caracteres das três formas clínicas — lepromatosa (L), máculo-anestésico (MA) e tuberculóide (T), a segunda com as três variedades clínicas — maculosa (M), trofo-anestésica (A) e a máculo-anestésica (MA) propriamente dita, quando se observam simultaneamente sintomas cutâneos e tróficos, organizamos um quadro sinóptico no qual se encontram as diferenças existentes entre os sintomas, a histologia patológica, a bacterioscopia, a imunologia e a epidemiologia de cada uma delas.

A forma lepromatosa - lepra sistematizada tegumentar de LELOIR, de suma gravidade, em que tudo indica ter havido verdadeira sideração do organismo, complica-se com a anestésica em 1/6 dos pacientes e associa-se a nevrites dos grandes troncos em 100% dos casos.

Conclue-se daí que a forma mais comumente encontrada nos lepro-sários é a complexa, por outros chamada mista, em que se somam caracteres peculiares a duas ou três modalidades distintas. E são as mais seviciadas pela reação leprótica, que merece referencia especial.

Contrariando a evolução silenciosa e lenta da molestia, costuma surgir em acessos descontínuos ou subintrantes, às vezes com caráter clínico, uma sintomatologia tumultuosa, principalmente nas formas lepromatosa e complexa, em que, ao lado da bacilemia, erupções novas, cuja maioria desaparece com a reação (manchas, infiltrações, tubérculos, nódulos, eri-

(5) e (6) J. LIJÓ PAVIA — *La tuberculosis en los ojos*, p. 9.

(7) HENRI LAGRANGE — *La tuberculose de l'iris et du corps ciliaire*, p. 206.

(8) ROGERS e MUIR — *Leprosy*, Bristol, 1925, p. 80.

temas do tipo polimorfo ou nodoso, pústulas, bôlhas, etc.), observa-se exacerbação das lesões antigas.

E' a chamada reação leprótica ou febre leprótica, em que a temperatura sobe desmedidamente, podendo atingir até 41°, acompanhada de fenômenos gerais alarmantes: taquicardia, delirio, cefaléia, náuseas, miasmas, perturbações gástricas e intestinais, dores reumáticas, enfartamento ganglionar, lesões viscerais, etc.

Causas numerosas (determinados alimentos, infecções intercorrentes, o óleo de chaulmoogra, o iodo), às vezes contraditórias, como o abuso de alimentação e o jejum prolongado (LOWE), muitas vezes desconhecidas, podem desencadear o acêso, cuja duração medeia entre o lapso de alguns dias ou semanas.

Estando a lepra, nas suas formas clínicas, na sua evolução, subordinada às leis da alergia (VON PIRQUET, JADASSOHN) houve quem ⁽⁹⁾, para explicar a reação leprótica, se ajudasse da paralergia (MORO e KELLER), isto é, "modificação no modo de reagir do organismo em estado de alergia em relação a agentes não específicos (paralérgenos), de natureza protéica ou não, diferentes do antígeno primario que induziu à alergia específica".

A gravidade das manifestações oculares da lepra corre parêlhas com a gravidade das formas clínicas. Do perigo certo, próximo ou remoto, das formas complexas, com predominancia da lepromatosa ⁽¹⁰⁾, passa-se à gravidade menor da maculosa, às amiotrofias do orbicular (pseudo-paralisia facial) da forma trofo-anestésica, e, enfim, à inofensividade da forma tuberculóide. Nesta, ainda quando as leprides se localizem em torno do globo, afora a madarose superciliar e ligeira congestão conjuntival, nenhuma outra alteração maior se observa no órgão visual.

Entre as formas clínicas e as lesões oculares há, não só perfeita correspondencia nos sintomas e na histologia patológica, como na evolução e no prognóstico. A este respeito, pode-se afirmar que pelo exame minucioso dos globos oculares, com o auxilio insubstituivel e utilissimo da lâmpada de fenda, o oftalmologista antecede ao dermatologista na preciencia da superfectação de formas clínicas, do índice da resistencia específica individual na luta tremenda entre o organismo e o bacilo de HANSEN, da segurança das altas condicionais, fornecendo criterio objetivo seguro para um juizo clínico esclarecido.

Até aquí, a observação clínica já havia consignado que "muitas vezes o estado cutaneo melhora, e mesmo os exames bacteriológicos tornam-se negativos, mas a molestia continua a evoluir no aparelho da visão,

(9) E. MENDES e V. GRIECO — *Interpretação da reação leprótica, suas relações com a paralergia*. "Rev. Bras. de Lepr.", Vol. IV, 1936, p. 19.

(10) TISCORNIA — "KAURIN dice que las manifestaciones oculares en los leprosos es frecuente en 30 a 40 %, que son siempre bilaterales y terminan con ceguera. BORTHEN encontró en sus enfermos de lepra máculo anestésica en 9 % de ciegos de un solo ojo y 13 % en ambos ojos; entre los enfermos con lepra tuberosa 14 por ciento en un ojo y 22 por ciento en ambos ojos. En la primera forma aparece la ceguera total después de 20 a 30 años de enfermedad, en un porcentaje del 50 por ciento; en la segunda forma la ceguera es más precoz: a los 10 años de enfermedad se encuentra la ceguera en un porcentaje de 100 (?) por ciento." — "Complicaciones oculares de la lepra", Senarata, Buenos Aires, 1927.

surda e seguramente” (11), assim como já aconselhara o exame cuidadoso do estado ocular, porque “repetem-se já, com alguma frequencia, no nosso serviço, os casos de reinternação de pacientes com alta, por reativação iniciada por reação ocular, posteriormente generalizada.” (12)

Examinando à lâmpada de fenda 140 candidatos à alta condicional, depois de submetidos, como é de regra, a 12 exames negativos do muco e da pele, durante 12 meses, tornou-se-nos possível prever quais os doentes em que a curetagem nasal, última exigencia do laudo médico, iria dar, com toda a certeza, um resultado surpreendentemente positivo. Eram os em que, simulando uma quiescencia ou regressão das lesões assinaladas pela propedêutica dermatológica (13), continuava a lepra, subterraneamente, como é de seu feitio, a marcha para as impregnações viscerais.

Em olhos de apparencia normal, com visão igual a 1, sem historia progressa de surtos siquer congestivos, uma episclerite, um espessamento do esfíncter iriano, um foco discreto de queratite, às vezes isolados e

QUADRO II. — EXAMES À LÂMPADA DE FENDA DE CANDIDATOS À ALTA (140). (Quadro sinóptico dos 15 casos positivos e dos 4 negativos).

N.º	Ficha	Nome	Forma clínica	Resultado curetag.	Lesões
1	1432	A. M.	MA	+++	Queratite em AO. Espessamento do esfíncter iriano.
2	736	J. M. A.	Mista	+++	Episclerite em AO.
3	1932	D. A.	MA	+	Episclerite em AO.
4	2013	R. B.	MA	+	Não tem lesão aparente.
5	275	D. B.	Mista	+	Episclerite.
6	798	C. F. S.	Mista	++++	Queratite em OD. Espessamento do esfíncter iriano em AO.
7	1349	R. A.	Mista	+++	Queratite e episclerite em AO.
8	1033	J. Z.	Mista	++	Episclerite em AO.
9	1437	J. V.	Mista	+	Episclerite em AO. Espessamento do esfíncter em OD.
10	484	A. P.	Mista	+	Espic. em AO. Esfíncter espessado e esgarçado em OE.
11	2120	A. D. F.	Mista	+++	Episclerite em AO.
12	956	J. P. II	Mista	+	Queratite. Episclerite em OD.
13	1426	A. C. N.	Mista	+	Episclerite em AO.
14	594	L. N.	MA	++	Episclerite em AO.
15	942	J. G.	MA	+	Esfíncter iriano alterado.
16	463	J. Z.	Mista	—	Espessamento do esfíncter iriano em OD.
17	385	Z. P.	Mista	—	Ligeira queratite em OD.
18	185	J. O.	Mista	—	Alterações do esfíncter no OE.
19	1513	B. A.	Mista	—	Exsudato e esfíncter modificado em OE.

(11 e 12) L. S. LIMA — *Sobre a moderna terapêutica anti-leprosa*, monografia dos “Arquivos do Sanatório “Padre Bento”, 1937, pp. 8 e 51.

(13) MUIR — *Lepr. Ind.*, 2, 1935, 64.

unilaterais, mais vezes simultaneos e bilaterais, denunciavam que as defesas orgânicas estavam em vésperas de uma falencia.

Dos 140 doentes examinados, 68 eram de forma máculo-anestésica, 34 de forma mista ou complexa, 33 da variedade trofo-anestésica e 5 da forma tuberculóide. A curetagem nasal foi negativa em 125 doentes e positiva em 15, dos quais 5 da forma máculo-anestésica e 10 da forma complexa.

Somente em 4 casos, todos de forma complexa, houve discordância entre a negatividade da curetagem nasal e a presença de lesões perceptíveis pela lâmpada de fenda.

Não acreditamos que as 4 exceções finais (Observações 16, 17, 18 e 19) possam invalidar a coincidência de curetagens positivas com lesões oculares discretas. Por muito preciosas que sejam as informações do laboratório, os fatos da observação clínica as sobrepõem em valimento. Talvez novas curetagens, depois de inspeção mais cuidadosa da mucosa nasal, fossem incidir sobre regiões em que o bacilo de HANSEN mais facilmente se deixasse colher. Insinuamos que as revelações da lâmpada de fenda, mais objetivas, mais insusceptíveis de erros por omissão ou comissão, do que o aleatório exame bacterioscópico, quando não se define de modo irretorquivelmente positivo, devem sobrepor-se a este para maior segurança do laudo médico. De outra feita, examinando à lâmpada de fenda velhos doentes de forma inicialmente lepromatosa, que mais tarde passou a complexa, com 10 anos de doença, que é o tempo médio de vida do hanseniano, entre nós (14) e outros tantos de tratamento, como nos está informando a ficha com todas as minúcias, não encontramos no globo ocular nada que traduzisse a agressividade da doença que o feriu, nem mesmo a neo-vascularização da parte superior do limbo, que mais adiante estudaremos, sintomática da participação próxima ou remota do globo ocular no processo geral. Enviados aos dermatologistas, admiraram-se estes do triunfo da terapêutica ou da resistencia excepcional do individuo, talvez da colaboração dos dois fatores.

Na pele houve regressão de infiltrações e de lepromas, em cujos lugares se percebem pequenas cicatrizes. Todas as mucosas estão íntegras. O estado geral é ótimo. Infelizmente, dentro dos leprosários, tais casos são excessões, mas que servem de contraprova para secundar o nosso ponto-de-vista: pelo exame dos olhos, informamo-nos da doença em sua forma clínica, em sua atividade, em sua quiescencia, em sua evolução, em suas simulações.

Acontecia também que, não concordando os dados da ficha clínica com os que nos estava revelando a lâmpada de fenda, tudo se esclarecia com a revisão do doente feita pelo dermatologista. Realizara-se a viragem de uma forma benigna para a malignidade das máculas ou dos lepromas, cuja riqueza em bacilos o laboratorio ratificava.

Há lesões oculares devidas às formas mais graves da lepra que, a-pesar-de insignificantes e compatíveis com boa visão, tais como as epis-

(14) N. S. CAMPOS — *Causa mortis entre os doentes de lepra*, "Rev. Bras. de Leprologia", Vol. IV, Março, 1936.

clerites, as sinequias, as queratites periféricas sombreiam o prognóstico, mesmo que o estado geral do paciente nos esteja contradizendo. Temo-las como indícios certos do desfalecimento das defesas orgânicas. Vai a doença entrar em fase de cronicidade, em que surge a alternância de melhoras e de peoras, de otimismo e de pessimismo dos médicos e dos doentes, sem que terapêutica alguma consiga modificar sensivelmente a situação de inalterada instabilidade. Pouco importa o fator tempo. A lepra não tem pressa. Uma vez senhora do campo e entrincheirada contra as defesas orgânicas, pouco lhe importa que a vitória final lhe caiba amanhã ou daqui a 30 anos.

A predileção das formas lepromatosas pela face já deu origem, segundo JADASSOHN ⁽¹⁵⁾ a várias interpretações: forte oscilação da repleção orgânica nesta região (THOMA); infecções estafilocócicas e estreptocócicas secundárias, partidas eventualmente da garganta, durante as quais esporos (?) amadurecidos atingiriam a circulação (GLUCK); traumatismo e pressão no pavilhão da orelha; picadas de insetos; exposição á luz; influencia da temperatura (HOPKINS, ROGERS e MUIR).

E' de observação geral aquilo que assinalou RAIZIS ⁽¹⁶⁾ a respeito do perigo das lesões da face, quando vizinhas dos olhos: *"Il parait cependant que les lésions des annexes de l'oeil et de la chambre antérieure sont plus fréquentes dans les formes tuberculeuses (lepromatosas), probablement par suite de la proximité plus grandes des tubercules cutanées."*

Todos os autores antigos e modernos que observaram as lesões lepróticas localizadas no globo ocular acordam em admitir a gravidade sem par da forma lepromatosa ou complexa, a mais sujeita a reações gerais e oculares, responsável pelo maior índice de cegueira, que sobrevem dentro do primeiro decênio ⁽¹⁷⁾, quando a enfermidade não foi sustida ou erradicada pelo tratamento.

E' a forma lepromatosa (ou a forma complexa em que esta colabora e predomina) que nos apresenta as lesões oculares mais típicas da lepra, que se diagnosticam sem muita dificuldade, pela simples inspeção do globo e de seus anexos, desprezados todos os recursos de que habitualmente se socorre o clínico para o diagnóstico diferencial. De tal modo expressivo e patognomônico é o estigma de sua assinatura nos olhos que nada mais se precisa indagar ou pesquisar para se dizer que se trata evidentemente de um caso grave e antigo de forma lepromatosa. Típicas são as madaroses superciliar e ciliar, consequentes a infiltrações e lepromas visíveis nas regiões respectivas; dificilmente confundível com episclerite de outra natureza, o nódulo que caminha firmemente pela córnea a dentro, acabando por interessá-la totalmente no processo, dando lugar ao chamado olho de camaleão; típica a coloração alaranjada da escleró-

(15) JADASSOHN — *Patologia geral da lepra*, trad. Raul Margarido. "Rev. Bras. Leprologia". Vol. V, N.º 1, p. 103.

(16) RAIZIS — *Lésions oculaires de la lèpre*, "Thèse", Paris, 1906.

(17) SANTANASTASO — *Alterazioni oculari nella lebbra*, "Ann. Ottal. e Clin. Ocul.", 1932.

(18) ZAMBACO PACHA — *Des lésions oculaires dans la lèpre*, p. 288: *"Plus tard cette éclaircie sera aussi comblée à son tour, et toute la cornée sera recouverte de cette couche charnue et adhérente, organisée, résistante, impossible à enlever, qui donne à l'oeil la configuration de celui du caméléon."* — "Lepreux ambulants de Constantinople".

tica, por alguns atribuída à presença de colessterina, em contraste com a ausencia de lagrimação, de secreção e de fotofobia, falando de um processo tórpido e crônico, encontradiço somente na lepra.

A agressividade da forma lepromatosa não se circunscreve ao segmento anterior do globo ocular, pelo qual universalmente se verificou uma preferencia notoria, conforme observações histo-patológicas de varios autores, dentre os quais citaremos BERGER e MEYER ⁽¹⁹⁾ PHILIPPSON ⁽²⁰⁾, FRANCKE ⁽²¹⁾, BABES ⁽²²⁾, SANTANASTASO ⁽²³⁾, MAMORU UCHIDÁ ⁽²⁴⁾.

A forma máculo-anestésica em que as leprides pigmentares e acrómicas são já corolario de um estado alérgico mais favoravel, em que os bacilos decrescem em número, com a reação de MITSUDA positiva em 70% dos casos, é a que enseja ao dermatologista maiores probabilidades de triunfo, porque aquí o organismo, si não capitulou, como na forma lepromatosa, tambem ainda não venceu, como em geral o fez na forma tuberculóide e na variedade trofo-anestésica.

Durante o tempo em que a forma se mantem em estado de pureza, as lesões oculares se restringem à madarose (terço externo), a ligeiras episclerites, alterações incipientes no esfincter iriano, congestões conjuntivais, quasi sempre provocadas pelo proprio chaulmoogra, observando-se por vezes a paralização de lesões discretas, quando melhora o estado bacterioscópico do muco e da pele.

Não há concordancia entre a reação leprótica geral e a que se localiza no globo ocular. Ora são contemporaneas, ora uma precede ou segue a outra, com duração e gravidade discordantes, exigindo muitas vezes medicação diferente. As dores oculares, por vezes paroxísticas, exigem terapêutica urgente e enérgica — injeção intra-orbitária de alcool absoluto (25), injeção sub-conjuntival de anaveneno crotálico (26), injeção intravenosa de vacina tífica (26 a), dmelcos, propidon, etc.

E' interessante notar que, a-pesar-da bilateralidade das lesões, costuma ser unilateral a reação (Fig. 7), muitas vezes produzida pelo proprio chaulmoogra (esteres creosotados), quer devido ao excessivo da dose, quer devido à sensibilidade especial do paciente.

Quanto ao possivel beneficio que a reação leprótica acarretaria para as lesões oculares, quando as deixa inalteradas, parece-nos que a conclu-

(19) BERGER & MEYER — *Tumeur lépreuse de la cornée*, "Rev. Génér. d'Oph.", 1889, N.º 1, p. 1.

(20) PHILIPPSON — *Description histologique d'un oeil lepreux*, "Beitrag zur Augenheilkunde", XI, 1895, p. 31.

(21) FRANCKE — *Weitere Beiträge zur Kenntniss der Anatomie des Augenneura, v., Graef's Arch. s. Opht.*, 1904, V, LIX, p. 496.

(22) BABES — *Histologie de la lèpre*, Berlin, 1898, p. 53.

(23) SANTANASTASO — *Alterazioni oculari nella lebbra (Contributo clinico istologico sperimentale)*, "Ann. Ottol. e Clin. Ocul.", 1932, p. 109.

(24) MAMORU UCHIDA — *Histological studies on affections of the black partes of lepers eyes*, "La Lepro", Osaka, Set., 1931, N.º 3, p. 53.

(25) A. MAGITOT — *La douleur oculaire*, "Annales d'Oculistique", Juin, 1937, p. 36.

(26) SERGIO VALLE — *O anaveneno crotálico em oftalmologia*: "Nas algias oculares de origem leprótica o anaveneno crotálico, injetado sob a conjuntiva, dá sedação imediata e duradoura, sem causar a menor perturbação local ou geral de importancia, a não ser a exacerbação inicial da dor. O globo ocular, graças a condições topograficas especiais, é o órgão que mais se presta ao emprego do anaveneno que, em dose de fração de cc. atinge facilmente os nervos ciliares, bloqueando de improviso toda a sensibilidade ocular." — "Rev. Bras. de Leprologia", Vol. V, N.º 4, p. 481.

(26a) KAPUSCINSKI, POZNAN — *Le vaccin typhique dans la thérapeutique oculaire*, "Archives d'Ophthalmologie", T. 2, N.º 8, Aout, 1938.

são é um pouco audaciosa. As lesões oculares caracterizam-se pela insidiosidade, pela irregularidade de sua evolução (27), pela indolencia e pela cronicidade; por conseguinte, qualquer intercorrência que, aparentemente, as deixe sossegadas, não merece nenhuma referência especial. Além disso, nem sempre a extensão e a evolução da lesão se traduzem por sintomas objetivos ou subjetivos das lesões, nem sempre visíveis. A inalterabilidade, porém, não é a regra geral; os próprios autores que se ocuparam do assunto (28) registraram casos nos quais houve agravação manifesta das lesões (34,7%). Quando a reação leprotica se limita ao globo ocular, ou quando o inclui no processo agudo geral, o malefício é por demais evidente para ser discutido.

Já nos referimos, páginas atrás, à benignidade da forma tuberculóide.

Entre os sintomas próprios da variedade trofo-anestésica incluem-se as múltiplas amiotrofias, entre as quais a que nos pode interessar — a amiotrofia dos orbiculares.

E' patognomônica a expressão que a lagofthalmia leprosa imprime ao olho do paciente, cuja fenda palpebral se vai pouco a pouco ampliando, à proporção que a impotência do orbicular, precocemente revelada pelo sinal de LEGENDRE (29) se vai acentuando.

Via de regra, e ao contrario da paralisia facial de outras naturezas, não se dá o acometimento inteiro do facial superior ou temporo-facial. Não se trata comumente de verdadeira paralisia, sinão de pseudo-paralisia, isto é, uma amiotrofia parcelar e progressiva, que decompõe o quadro clássico da paralisia facial periférica em fases nas quais, em primeiro lugar surge a impotência do orbicular, depois do superciliar, do frontal, do grande e do pequeno zigomático, do elevador proprio do labio superior, do piramidal, do triangular do nariz, do dilatador das narinas e mirtiforme, do bucinador e da metade superior do orbicular dos labios.

Vai-se pouco a pouco imobilizando a máscara do doente, às vezes de ambos os lados (pseudo-diplegia), de modo insidioso, sem que comumente o proprio doente o perceba, ao contrario da súbita assimetria da paralisia total do facial superior, que também se observa na lepra, mas que é apanagio de outras causas etiológicas. Uma lagofthalmia circunscrita ao orbicular, uni ou bilateral, sem causa aparente em olho integro, sem mesmo a banal madarose superciliar, deve sugerir pelo menos a variedade trofo-anestésica da lepra, sinão uma forma complexa, estando a mácula ou o leproma alhures, em partes ocultas pelas vestes.

Nos casos finais, quando a diplegia se instalou definitivamente, ter-se-á a *facies antonina*, para a qual colaboram a imobilidade das pálpebras, a ausencia do piscamento reflexo e a consequente fixidez do olhar, a rotundidade das fendas palpebrais (*rotunditas oculorum*), os chamados

(27) RAZIS — "Les lésions oculaires de la lèpre n'ont nullement de caractère d'une maladie à marche cyclique. Les manifestations pathologiques augmentent ou diminuent sans que rien puisse faire préjuger de leur allure ultérieure. Chez beaucoup des malades, ces affections s'aggravent lorsque se produisent des poussées du côté des téguments; chez d'autres, au contraire, en dehors de toute manifestation tégumentaire." — Loc. cit.

(28) L. S. LIMA, M. BARROS e S. SCHUJMAN — *Influência da reação leprotica na evolução da lepra cutanea*. "Rev. Bras. Leprologia", Vol. IV, 1936, p. 128.

(29) Sinal de Legendre. — Cerrados os olhos, com menor resistencia se opõe a pálpebra superior do lado doente ao seu levantamento.

olhos de boneca ⁽³⁰⁾. Simultaneamente, sobrem a eversão dos pontos lacrimais, a epífora, o ectropio progressivo, as úlceras da metade inferior da córnea, a epidermização da conjuntiva, a amiotrofia total das pálpebras, que se tornam de tai modo indiferentes aos movimentos dos globos oculares, que as fendas palpebrais, quer em atitude de oclusão, quer de inoclusão apresentam a mesma amplitude. Somente uma operação plástica recomporá os traços fisionômicos, reconduzindo as pálpebras à sua posição normal e devolvendo-lhe as funções de proteção do segmento anterior.

A perda da sensibilidade da cornea só ocorre quando há anestesia nas regiões do quinto nervo.

Um dos distintivos da pseudo paralisia facial leprótica é a impossibilidade de sua regressão, uma vez instalada. Não se trata aquí de uma secção patológica no facial, removível pela terapêutica ou pela cirurgia, mas de um processo lento e progressivo de amiotrofia que aniquila as fibras musculares e o tarso, que reduz as pálpebras a véus flácidos e inertes, nos quais os dedos percebem apenas a presença da pele.

Ao contrario do que é comum na tuberculose e principalmente na sífilis adquirida, a cegueira na lepra, como o denunciaram numerosissimos exames anatomo-patológicos, tem como causa constante o acometimento da porção anterior do bulbo, com raras propagações, aliás insignificantes, para as membranas profundas.

Comparem-se os varios modos pelos quais a sífilis pode levar a vítima a cegueira, sem que externamente se vejam alterações específicas, com as formas de cegueira mais comuns na lepra e ter-se-á a verdadeira noção da diferença flagrante entre os dois processos. A cegueira mais rápida e mais espalhafatosa é a produzida pela esclero-queratite hiperplástica (Fig. 10). A queratite intersticial lepromatosa, muitas vezes associada a lesões do corpo ciliar e da iris, desde o inicio, embora com maior lentidão, quando não ocorrem surtos reacionais agudos, chega ao mesmo resultado.

Tambem cegam as iridociclites, para WOOD ⁽³¹⁾ a causa principal, depois de muitas dores que exigem tratamento de urgencia, e geralmente complicadas com lesões da córnea.

Nas fases terminais do processo leproso, o que há sempre é uma segmentite anterior, porque, então, são sempre muito complexas as lesões.

Excepcionalmente, a lagofthalmia não remediada pela operação plástica, em doente pouco cuidadoso, pode dar aso a uma ulceração na córnea, via de regra no seu terço inferior, surgindo a possibilidade do *ulcus rodens*, com todas as suas consequencias possiveis.

Quanto ao índice de incidencia das manifestações oculares da lepra e da cegueira que podem ocasionar, são muito contraditorios os números registrados; para prová-lo, basta a leitura dos que varios autores assinaram até hoje:

(30) HUIZENGA — *Eye symptoms in Leprosy*, "Journ. of Oph.-Oto-Laryng.", Vol. 31, N.º 5, 1937, p. 159.

(31) WOOD — *The eyes complications of leprosy*, "Tropical Diseases Bulletin", London, 1913, p. 286.

QUADRO III. — PERCENTAGENS DAS COMPLICAÇÕES OCULARES NA LEPRO, SEGUNDO VARIOS AUTORES.

AUTORES	PERCENTA- GENS	AUTORES	PERCENTA- GENS
Rogers e Muir (Ind. Ing.)	5-10	Fernandez (Culion)	50
Pavloff (Caucaso)	20,4	Saraitov (Russia)	69.1
De Silva (Sião)	20.5	Vesseckmann (Noruega)	64-75
Boinet (Hanoi)	30	Kinkerton (Honolulu)	71.2
Petraglia	31	Pfingst (Bergen)	75
Jeanselme (Paris)	42,3	Giotoktu (Japão)	75
Kovalow (Russia)	42-57	Lyder Borthen (Noruega)	91,1-98,3
Kaurin (Molde)	55-80		

QUADRO IV. — PERCENTAGENS DE CEGUEIRA NA LEPRO.

AUTORES	PERCENTA- GENS	AUTORES	PERCENTA- GENS
Pfingst	15-30	King	68
Otchapowki	18	Lyder Borthen	75
Bistis	68	Bakker	80-90

Entre os doentes da forma nodular (lepromatosa) SIONUMA ⁽³²⁾ encontrou 23,9% de cegos; a forma nervosa (máculo-anestésica) contribuiu apenas com 3,9%.

VAN DRIEL ⁽³³⁾, em Sumatra, encontrou a percentagem mínima de cegueira — 0,5%.

Segundo BORTHEN ⁽³⁴⁾, aos 10 anos de enfermidade, a incidencia é de 40%; depois dos 30 anos, todos os enfermos apresentam alterações oculares.

LOPEZ e PINKERTON ⁽³⁵⁾ asseveram, em termos quasi iguais, que, mais ou menos precocemente, o leproso apresentará lesões dos olhos e de seus anexos.

Pertence a JEANSELME ⁽³⁶⁾ a observação de que, tirante pequeno número de doentes da forma nervosa pura (trofo-anestésica), a todos os

(32) SIONUMA E. (Tokio) — *Statistique des lépreux aveugles avec remarques sur les symptômes généraux de la lèpre et l'apparition des complications oculaires*. "Lepro", Osaka, 6, N.º

(33) VAN DRIEL — *Lésions de l'oeil dans la lèpre*. "Office Intern. d'Hyg. Pub", 1925, p. 188.

(34) LYDER BORTHEN, loc. cit.

(35) PINKERTON — "Any patient suffering from leprosy will probably have, sooner or later, some involvement of the eye." *Leprosy of the eye, ear, nose and throat*. — "The Hawaii Territorial Med. Assoc.", Separata, 1935, Honolulu, Hawaii.

(36) JEANSELME — "La Lèpre", Paris, 1934, p. 331.

mais a lepra acomete. Como se depreende da discordancia entre os números acima alinhados, é impossivel recensar as complicações oculares da lepra dentro de percentagem mais ou menos constante. Muitas são as causas que cooperam para a confusão geral.

Para a explicação de percentagens tão dispares, não há mister apelar para causas regionais, como o fez SHELDON com relação á Bobben Island, onde se irrogou a culpa à areia levantada pelos ventos; nem se deve afirmar, como VIALLEFONT e FUENTES, ⁽³⁷⁾ que "*les complications oculaires soient exceptionnales sous les tropiques alors qu'elles seraient de plus en plus frequentes au fur et à mesure qu'on s'en éloigne.*"

Tudo se subordina ao criterio que presidiu à elaboração das estatísticas: as meticulosas recenseiam quaisquer vascularizações mais vivas da conjuntiva; as negligentes excluem pequenas sequelas de crises anteriores. O fator tempo, importantissimo em molestia de tamanha cronicidade, de evolução caprichosa, quasi sempre imprevisivel; os recursos propedêuticos que auxiliaram o médico, nem sempre oculista, e, no que diz respeito à cegueira, a sua exata definição que não tem, como parece, um significado uniforme, tudo concorre para a balbúrbia final dos números constantemente desavindos.

Em um mesmo leprosário, o mesmo especialista, em épocas distanciadas, encontrará porcentagens muito contraditorias.

Em todo caso, da relatividade estatística ressalta que a media geral das lesões oculares na lepra é muito elevada (equivalente, talvez, à soma das lesões produzidas pela sífilis e pela tuberculose), que os sintomas observados nos olhos, pela assiduidade, pela gravidade e pelo polimorfismo, constituem capítulo proeminente da leprologia e da oftalmologia, a-pesar-de ter vivido até bem pouco tempo como enteado desta última. Eximimo-nos de concorrer também com a nossa estatística: como todas as outras, teria o seu índice sujeito ao criterio discricionario do observador e às modificações indeterminaveis do tempo.

CAPITULO II

O LIMBO NA LEPRA E NO TRACOMA

Semelhança entre a vascularização do limbo e a do derma. Presença do tecido histiocitario. O papel do limbo na difusão do processo leproso. Biomicroscopia do limbo em 595 hansenianos. Diagnóstico diferencial entre a vascularização leprótica e o pano do tracoma *dubium* de MAC CALLAN.

A predileção que o bacilo de HANSEN tem pelo limbo esclero corneano não é uma exceção de seu biotropismo pelo derma, as mucosas e os nervos periféricos. Ao contrario, onde quer que se aglomerem vasos

(37) VIALLEFONT et FUENTES — *La Lèpre en Ophtalmologie*, "Annales d'Oculistique", 100.e Année, T. CLXXV, 1938, pp. 1-38.

sanguíneos e linfáticos, principalmente em regiões periféricas e terminais como os lóbulos auriculares, as asas do nariz, as bordas palpebrais (principalmente da pálpebra superior), a mucosa nasal, sobretudo no ponto de **KISSELBACH**, onde é notória a grande riqueza de capilares, aí, no remanso de uma circulação morosa, propicia para as embolias iniciais, entre os espaços linfáticos perivasculares, encontra o bacilo o meio ótimo em que faz surgirem as múltiplas lesões que tão comumente se observam nas regiões citadas.

JEANSELME ⁽³⁸⁾ descreve as lesões iniciais da pele como vascularites, endo-peri-vascularites, que servem de eixo às formações lepromatosas, sendo o nódulo principal constituído de uma rede de cordões perivasculares juxtapostos e fusionados, partindo as infiltrações da periferia das glândulas sudoríparas, mas principalmente dos pequenos vasos cujas lesões parietais são evidentes.

KLINGMULLER refere-se às alterações vasculares primitivas dos vasos cutaneos, provocadas pela deposição de embolias vasculares, no início do processo, mesmo no da forma dita nervosa.

A infiltração específica inicia-se no tecido dérmico contiguo ao corpo papilar, a cujos pequenos vasos foi ter o bacilo de **HANSEN**, levado pela corrente sanguínea. Daí se dirige às finas ramificações nervosas, por onde caminha até aos ramos hipodérmicos. O bacilo de **HANSEN** encontra no nervo, que é encerrado em tubo estreito ⁽³⁹⁾ um adversario incapaz de reagir como a pele e que, “ao contrario do que nunca ou só raramente acontece na sífilis e na tuberculose” ⁽⁴⁰⁾, é capaz de funcionar como via de propagação dos processos cutaneos.

Há grande semelhança entre a vascularização do derma e a do limbo. Em ambas se nota um entrecruzamento de vasos sanguíneos e linfáticos, uma disposição em alças, onde a circulação é lenta, onde é baixa a pressão venosa, onde são abundantes os espaços perivasculares; nestes são vistas as globias, que das lacunas capilares se transferem para os capilares venosos e destes para as veias sub-cutaneas. E’ sabido que as arterias não oferecem as mesmas vantagens aos bacilos, salvo os capilares arteriais da papila pilosa. A rede capilar do limbo, para cuja formação contribuem as anastomoses entre os vasos conjuntivais posteriores e os ramos das ciliares anteriores (conjuntivais anteriores), com o emaranhamento de seus arcos múltiplos formados de finas arteriolas e de vênulas, entre cujas malhas serpenteiam abundantes vasos linfáticos e juxtapostas aos quais se encontram os espaços linfáticos perivasculares, é, evidentemente, uma região favoravel ao bacilo de **HANSEN**, conforme os esclarecimentos que nos fornece a histologia patológica.

A riqueza vascular do limbo propicia enormemente a fixação do bacilo de **HANSEN**, como o fazem os capilares do derma.

Alem disso, a presença do tecido histiocitario, rico de fibras argéntófilas, encontradas em diversos pontos do globo ocular por **CASTELLO**,

(38) **JEANSELME** — Loc. cit., p. 210.

(39 e 40) **JADASSOHN** — Loc. cit., p. 261.

BAQUIS, ACCARDI e FONTANA, etc., induziu com razão SANTONASTASO ⁽⁴¹⁾ a admitir que *“le lezione di maggiore ricchezza del’ infiltrazione leprosa corrispondono a zone ove il reticlo istiocitário é piú ricco.”*

No segmento anterior, si a cornea é mais pobre e por isso nunca primitivamente atacada, o tecido reticular dos vasos sanguíneos do limbo e da esclera (onde a fibra argentofila só se encontra em torno dos vasos), ao contrario, deveria concorrer eficazmente para a fixação do bacilo e a eclosão do processo primitivo.

Muito rico é o sistema retículo-endotelial da região límbica, em cujo tecido conjuntivo frouxo, cruzado em todos os sentidos por muitos vasos, assinala-se grande abundancia e variedade de células diferenciadas, tais como histiocitos de ASCHOFF e KIYONO, hemohistioblastos de FERRATA, células adventícias de MARCHAND, células de MAXIMOW, etc. Si a estrutura anatômica do limbo, segundo FUCHS, o predispõe à inflamação e lhe confere reatividade violenta, não podemos, na lepra, encará-lo somente como o defensor da córnea, *sinão também como um dos lugares eleitos pelo bacilo de HANSEN para senhorear-se do organismo.*

Dos exames microscópicos de CALDERARO, verificou-se que as alterações do corpo ciliar provinham sempre de infiltrações lepróticas consideráveis da episclera, o que levou SANTANASTASO ⁽⁴²⁾ a advertir: *“La continuità del processo leproso dell’episclera verso il corpo ciliar é stata dimostrata in modo indubbio e con facile evidenza, nella serie dei suoi preparati.”*

Segundo exames histopatológicos do mesmo CALDERARO, quando o olho está ainda aparentemente são, já há, no limbo, infiltração linfocitária leprosa em torno dos vasos (presença de bacilos), que aí permanece algum tempo, antes de atravessar a episclera; depois que nesta o processo específico se agrava e avulta, estende-se também ao corpo ciliar e à iris, enquanto que os focos episclerais assumem sempre maiores proporções. Aquí se dão as mãos a histologia patológica e a observação clínica. JEANSELME ⁽⁴³⁾ já havia deste modo descrito o processo leproso:

“Le processus débute dans la région du limbe cornéen et surtout dans la partie épisclerale de cette région. De là il se propague dans les couches sous-épithéliale ou profonde de la cornée, à la surface de la sclérotique, puis dans le corps ciliaire, l’iris, la choroïde et la rétine, dans leur segment antérieure.”

Juntamente com MORAX, JEANSELME ⁽⁴⁴⁾ observou que *“l’infiltration lépreuse de ces régions est beaucoup plus marquée que ne le faisait prévoir l’aspect objectif du globe oculaire.”*

O mesmo foi assinalado posteriormente por CALDERARO, segundo o testemunho de SANTANASTASO: *“E’ risaputo che la zona perilimbica anche quando essa sembra essere del tutto sana, é sempre la prima ad essere invasa dai bacilli, i quali pure la scelgono a sede di elezione e che il*

(41) SANTONASTASO — Loc. cit., p. 804.

(42) SANTONASTASO — Loc. cit., p. 806.

(43) JEANSELME — Loc. cit., p. 331.

(44) JEANSELME — Loc. cit.

primo fatto che si manifesta nel limbo quando l'occhio è ancora sano e l'alterazione dell'anello vascolare sottoepiteliale rilevabile istologicamente." ⁽⁴⁵⁾

Para nós, o limbo esclero corneano, pela sua estrutura, pela sua natureza e pela sua sede, é o ponto de maior predileção da lepra ocular. Sua vizinhança com a córnea, cuja nutrição e cuja defesa se fazem por intermedio da circulação dele, sua intimidade com a íris e o corpo ciliar, por

QUADRO IV. — BIOMICROSCOPIA DO LIMBO DE 595 HANSE- NIANOS.

A — TRACOMATOSOS (pano leprótico) — 270 ou 45,3 %.	{	a) tracoma em evolução (52) — 19 %.
		b) tracoma cicatricial (41) — 15,1 %.
		c) tracoma dubium de Mac Callan (177) — 65 %.
c) tracoma dubium de Mac Callan (177) — 65 %	{	I — Não tiveram dordolhos ou não se lembram - 38
		II — Tiveram dordolhos - 139.
II — Tiveram dor dólhos 139 .	{	Sem data precisa 15
		De há 1 a 10 anos . . . 37
		De há 10 a 20 anos . . . 60
		De há 20 a 30 anos . . . 12
		De há 30 a 40 anos . . . 12
		De há 40 a 50 anos . . . 3

B — NÃO TRACOMATOSOS (neo-vascularização límbica) 325 ou 54,7 %.	{	Sem neo-vasc. límbica 25	7,6 %
		Com neo-vasc. límbica simples 167	51,0 %
		Sem vasc. (formas graves) 10	3,0 %
		Com vasc. mais queratite 114	38,0 %
		Com vasc. mais sinequias 6	1,8 %
		Com vasc. mais esfíncter modificado . . . 3	0,9 %

intermedio dos vasos ciliares anteriores que vão concorrer, depois de atravessarem a esclerótica, para a formação do grande círculo da iris, suas correlações vasculares com a episclera e as conjuntivas bulbar e palpebral, tudo no-lo está informando.

Examinando à lâmpada de fenda o limbo de 595 doentes de lepra de todas as formas clínicas, sem lesões macroscópicas e com acuidade visual ainda bem conservada, encontramos fatos que nos parecem merecedores de atenção. No quadro que se segue resumimos as informações mais importantes que a biomicroscopia nos fornece.

A nossa investigação tornou-se duplamente prestante, porque nos deu, ao mesmo tempo, o índice seguro dos contaminados pelo tracoma dentro do leprosário, índice baseado na anamnese, no exame das conjuntivas e, sobretudo, na biomicroscopia, o único recurso, segundo a grande autoridade de MAC CALLAN ⁽⁴⁶⁾, que pode esclarecer os casos por ele rotulados de tracoma dubium, e ajudou-nos a diferenciar com clareza o pano tenuíssimo, *reliquat* de uma contaminação longínqua, datando até de 42 anos (3 casos), que nunca evoluiu nem incomodou o paciente, em que a neovascularização se deteve logo, passando à fase de esclerose, depois do regresso da infiltração malograda, graças, provavelmente, à benignidade da infecção e à resistencia específica do organismo, da neovascularização límbica ao nível da parte superior da córnea que, a nosso ver, é o sintoma clínico da precoce congestão da rede capilar, significativo da provável participação do globo ocular nas manifestações da lepra.

Parece-nos que foi isto mesmo que observaram BULL e HANSEN ⁽⁴⁷⁾: *"Very often, particularly when an other magnifying lens is used, and even sometimes with the naked eye, it will be possible to discover fine vessels, which, as a continuation of the conjunctival and subconjunctival vessels, extend themselves over the corneal boundaries. These vessels often appear in so great abundance as to give to the whole obscuration especially at the margin a dirty reddish color."*

Não se admirará da elevada percentagem de tracoma dentro de um leprosário do Estado de São Paulo (45,3%) quem se inteirar da procedencia da maior parte dos hansenianos, entre os quais muitos estrangeiros, isto é, de zonas onde o tracoma dá uma contaminação geral notável, conforme inquéritos já feitos, sem os recursos, aliás, da biomicroscopia ocular.

Em escolas do municipio de Ribeirão Preto (Escola Mista da Fazenda Antonina, etc.), encontrou-se, segundo nos informa SILVIO DE AL-

(46) MAC CALLAN — (Ao discutir um trabalho do Prof. Toulant — *Le trachome fruste* — deste modo se enuncia o Prof. Mac Callan): *"La conjonctive réagit à l'attaque du virus trachomatoux soit par une folliculose, soit par une infiltration lymphocytaire sous-épithéliale. Si l'on n'observe ni l'une ni l'autre de ces manifestations il ne s'agit pas de trachome. Si l'une de ces deux manifestations est présente on constate, sauf pendant les premiers jours de la maladie, une infiltration vasculaire de la partie supérieure de la cornée, autrement dit un pannus. Nous avons publié ces observations il y a un quart de siècle. Dans un cas de trachome, on peut reconnaître ce phénomène à l'oeil nu. (Stade II ou III). Au stade I du trachome il faut employer la loupe cornéenne, mais dans un cas de trachome précoce la lampe à fente est nécessaire pour identifier les petits vaisseaux. Enfin pour les cas douteux la lampe à fente est indispensable. Malheureusement il est très difficile de procéder à l'examen d'un très jeune enfant à l'aide de la lampe à fente. Par conséquent, en pays trachomatoux on est obligé dans le cas de beaucoup de nourrissons de se contenter du diagnostic "trachoma dubium".* — *"Revue Internationale du Trachome"*, 15.e Année, N.º 3, 1938.

(47) BULL & HANSEN — *The leprous diseases of the eye*. Christiania, 1873.

MEIDA TOLEDO ⁽⁴⁸⁾ “percentagem de tracomatosis superior à encontrada por MAC CALLAN e TALBOT, respectivamente, em escolas do Egito e da Tunísia, isto é, uma incidência de 84%.

Com grande frequência observamos a neovascularização límbica, ora sem sintoma concomitante (51%), ora associada a uma queratite ligeira, em geral periférica, mais vezes esclerosante (38%), ou a pequenas sinequias (1,8%), ou a modificações iniciais do esfíncter iriano (0,9%). Surpreendeu-se o avanço da infecção leprosa, a partir do limbo e em direção à córnea e à íris.

Outro proveito desses exames seriados foi confirmar que, dentre as lesões devidas à lepra ocular, como já o haviam observado alguns autores, é a queratite a mais comum, porque, dizemos nós, a nutrição da córnea está subordinada ao círculo vascular que a circunda, onde a lepra encontra condições favoráveis para florescer e para fixar o seu primeiro marco.

A neovascularização límbica só não foi registrada em pequena percentagem de formas clínicas graves (3%), que se exceção à regra geral, mas nunca foi assinalada em formas puras do tipo tuberculóide, nem na variedade trofo-anestésica, em número de 25 (7,6%). De nossa observação não podemos deixar de concluir que, se aparece a neovascularização em forma benigna, antes de quaisquer outros sintomas dermatológicos, é porque se vai processar provavelmente a viragem da forma clínica. Se não existe em casos graves, é porque vai haver ou já houve a vitória da terapêutica, ajudada de um estado alérgico poderoso.

Como se distingue o pano tracomatoso tenuíssimo *reliquat* de uma contaminação malograda, geralmente entre os 6 e os 12 anos, favorecida muitas vezes com o auxílio de uma conjuntivite provavelmente de KOCK-WEEKS (51,4%, em nossos achados), da neovascularização límbica dos hansenianos?

Ao biomicroscópio, a distinção geralmente se faz sem grande dificuldade, desde que se tenha o espírito prevenido ^(49,50).

Na lepra, a neovascularização limita-se sempre, salvo nos casos adiantados de queratite, à zona da lúnula, havendo como que um avanço da linha de reflexão dos vasos conjuntivais anteriores, que traçam os limites entre a zona das palissadas e a das malhas terminais, conservando-se na mesma posição primitiva e profunda, isto é, episcleral. Vid. Fig 1 (Limbo normal, de MEESMANN) e Fig. 2 e 3 (Limbo na lepra).

Dá-se, mas de modo insidioso e crônico, aquilo que BUSACCA ⁽⁵¹⁾ descreve na primeira fase do pano tracomatoso, isto é, “o prolongamento de todos os vasos da lúnula, sem que nenhum se vantagem aos outros.”

A esta vascularização, porém, não se somam, como no tracoma, outras alterações que completem o quadro anátomo-patológico do pano: edema,

(48) S. A. TOLEDO — *Cooperação da escola primária no combate ao tracoma*, p. 125.

(49) GUÉNOT et NATAF — *Biomicroscopie du pannus trachomateux au début*. — “Arch. d’Oph.”, 1931.

(50) KANY — *Étude bio-microscopique du pannus trachomateux*. “Thèse”, Lyon, 1935.

(51) Prof. BUSACCA — *Les premières phases de développement du pannus trachomateux étudiées au biomicroscope et dans les coupes histologiques*. “Arch. d’Ophtalmologie”, T. I, N.º 4, 5 e 6, 1937.

pululação celular, papilas, nódulos nas malhas terminais, distalmente à linha de reflexão, cuja presença, segundo BUSACCA, é “patognomônica da natureza tracomatosa.”

Aliás, o diagnóstico diferencial só tem cabimento entre a neovascularização límbica da lepra (formas graves, sem queratite) e a vascularização do tracoma dubium, em que nenhum sintoma subjetivo ou objetivo, mas somente a historia pregressa do individuo (procedencia de zonas de endemia, conjuntivites) e o exame à lâmpada de fenda, nos induzem a pensar em contaminação mais ou menos remota pelo agente infeccioso do tracoma. Na lepra, a vascularização quasi que não ultrapassa a lúnula; apresenta-se sob a forma de rede cujas malhas são formadas de vasos muito uniformes em seu volume (Fig. 2 e 3). No pano do tracoma dubium, a ramificação se faz em alças que avançam em direção à pupila, conservando-se, porem, muito longe dela; a zona das malhas terminais se continua diretamente no pano (Fig. 4). Em ambos os casos, mais comumente no tracoma, vêem-se as veias paralelas à margem da córnea, que recebem o sangue provindo dos vasos do pano.

Si no tracoma tudo indica que o pano seja, como quer BUSACCA (52), “formação específica e inespecífica de defesa, aparecendo cada vez que o processo infeccioso se localize no epitelio, ou nas camadas mais superficiais da córnea”, na lepra a vascularização observada na lúnula superior, às vezes discretamente (como no tracoma) na inferior, talvez seja devida ao ataque primitivo do bacilo de HANSEN aos seus capilares, os quais lhe são, como em outros pontos do organismo, campo propicio para fixação e multiplicação.

Parece, clinicamente, que a queratite não é causa da vascularização mas efeito dela, porque a córnea, na lepra, via de regra, é a região aonde a infecção vai ter secundariamente, segundo a opinião unânime dos que até aqui se dedicaram ao assunto.

CAPÍTULO III

PATOGENIA DAS LESÕES OCULARES. VIAS ENDOGENA E EXOGENA. LESÕES DO SEGMENTO POSTERIOR

Interesse doutrinário do assunto. Lesões do segmento anterior na lepra, na sífilis e na tuberculose. Equidistancia entre os extremistas. Necessidade de especificar a forma clínica na lepra. Achados da oftalmoscopia e da histologia patológica. Subsídios da patologia geral. Sistema retículo-endotelial. Razões a favor da via exógena.

Não é de somenos importancia a questão “*qui a fait couler des flots d'encre*” (53), referente às vias prováveis através das quais a infecção leprótica atingiria os dois segmentos do globo ocular; tem, como lem-

(52) Prof. BUSACCA — Loc. cit.

(53) VIALLEFONT & FUENTES — Loc. cit.

bra SANTANASTASO, alto interesse doutrinário, ao qual não pode ser indiferente a profilaxia, dada a gravidade universalmente reconhecida das complicações oculares da lepra.

Ao estudo da patogenia das lesões oculares associa-se intimamente o assunto correlato das lesões do segmento posterior. Daí a conveniência de versá-los simultaneamente para que se possa tirar dos argumentos comuns às duas teses todas as consequências possíveis. Na verdade, a verificação de alterações oftalmoscópicas primitivas de natureza estritamente leprosa constituiria demonstração evidente da origem endógena.

Alem disso, a presença do bacilo de HANSEN no sangue periférico, demonstrada depois das pesquisas de LOLOIR, GOUGEROT, JADASSOHN, MARKIANOS, etc., assim como o conhecimento das graves alterações anátomo-patológicas nos órgãos internos, devia ter resultado a perda do interesse pelo assunto. Mas, não se deu tal. A desproporção evidente, em número e em gravidade, entre as lesões do segmento anterior, bem observadas clinicamente em toda a sua evolução, e os achados raros da oftalmoscopia, aos quais nunca se poderia atribuir com a mesma segurança a etiologia leprosa, continuou a desafiar os pesquisadores, sempre desavindos.

A-pesar-das analogias que os patologistas descobrem a cada passo entre a lepra, a tuberculose e a sífilis, com o que logram explicar varios pontos obscuros comuns às três entidades mórbidas e que estudaremos mais adiante, o fato é que na tuberculose e na sífilis se nos deparam aspectos oftalmoscópicos quasi patognomônicos de localizações primarias nas membranas oculares profundas, ao contrario do que se observa na lepra; enquanto ao segmento anterior, no entanto, inverte-se completamente o índice de incidencia: são comuns aí as lesões primarias da lepra, e raras as da tuberculose e as da sífilis.

E' o que advoga CALDERARO ⁽⁵⁴⁾, o mais recalcitrante partidario da via exogena: a lepra não apresenta localizações profundas, isto é, *"alterazioni al di là di quei tessuti che embriologicamente rappresentano nell'occhio i tegumenti cutanei mentre ciò non avviene per la tubercolosi e la sifilide."*

GALEZOWSKI ⁽⁵⁵⁾, a-pesar-de insistir haver observado muitas vezes manchas atróficas coroidianas, possuidoras de carater proprio da lepra, deste modo explica a contaminação do globo: *"la lepre en général, atteint la paupière, les sourcils, et de là se porte sur la conjonctive et le globe de l'oeil."*

Em trabalho recente (1936), KING ⁽⁵⁶⁾ frisa a diferença de incidencia entre o segmento anterior e o posterior; coróide e retina permanecem geralmente indenes, enquanto que o segmento anterior da uvea (iris e corpo ciliar) está sempre enfermo. Na queratite parenquimatosa heredo-luética, são quasi constantes os sinais de participação da uvea,

(54) SANTANASTASO — *Il CALDERARO non crede di poter riconoscere esatta l'analogia già invocata per il modo di insorgere della complicità oculare nella sifilide e nella tubercolosi del tutto differente da quello che avviene nella lebbra.* — *Alterazioni oculari nella lebbra*, "Annali di Ottal. e Clin. Ocul.", 1931, p. 808.

(55) GALEZOWSKI — *Lepre oculaire*, "Annales Derm. et Syph.", 1901, p. 148.

(56) KING — *The eye in leprosy*, "Brit. J. Ophthal.", oct., 1936, p. 561.

em maior ou menor grau; na sífilis adquirida, surgem comumente manifestações irianas primárias. Quem o diz é um partidário insuspeito da via endógena: "*Mentre nella lebbra non si può parlare di manifestazioni oftalmoscopiche specifiche, nelle altre due malattie (tuberculose e sífilis), vi sono alcuni quadri oftalmoscopici che fanno subito pensare alla specificità.*" (57)

Complica ainda mais o problema a possibilidade, que nunca deve ser desprezada, de se encontrar em leproso de qualquer forma clínica uma queratite, uma irite, uma coroidite, uma atrofia do nervo óptico, enfim, todas as afecções próprias da tuberculose e da sífilis, que podem estar presentes e responsabilizar-se exclusivamente por elas.

Deste gênero deve ser provavelmente a célebre observação de TRANTAS (58), o mais afamado dos endogenistas. Em um doente da variedade trofo-anestésica (Vide Cap. I), a qual, tirante a amiotrofia dos orbiculares, nenhum outro dano causa aos globos oculares, a oftalmoscopia assinalou placas pigmentadas na coróide, semelhantes às produzidas por lesões sífilíticas, mas que, não obstante, foram recenseadas como leprosas.

E' absurdo evidente, em se tratando de lepra, cujas formas clínicas, como propositadamente estudamos em capítulo anterior, tanto se distanciam umas das outras, não em minúcias, mas em contrastes flagrantes, etiquetar, sem maior ponderação, quaisquer achados, principalmente oftalmoscópicos, sem tomar em respeito esta peculiaridade da doença.

Dizendo-se que tal ou qual afecção é sífilítica ou tuberculosa, etiologicamente fica tudo esclarecido, clinicamente não há mister de mais nada. Mas, da lepra cumpre que se defina qual a forma clínica sob a qual vive, na ocasião, o enfermo. Do contrario, reinará eternamente o caos nas observações e nas conclusões.

O oculista de leprosário que se fechar dentro de sua especialidade, sem atenção nem estudo para a parte dermatológica, usará uma nomenclatura ambígua, incongruente, que dará lugar a interpretações contraditórias.

Das observações apresentadas pelo mesmo TRANTAS à Sociedade Francesa de Oftalmologia, em 1899, uma há que é tida e havida como prova definitiva de que a marcha do processo leproso se faz do interior para o exterior, contrariamente à regra até então estabelecida. Por que razão? Porque uma lesão coroidiana precedeu de 8 meses a uma irite, em doente de lepra? Quem nos garante, porem, que tal coroidite era leprosa? A irite mesma, não poderia ser de outra natureza?

Um dos endogenistas nos previne que grande número de lesões do segmento posterior, tais como retinites, atrofias do nervo optico observadas por KURIKS, RUBERT, TISCORNIA, etc., "*peuvent être conditionnées par une infection siphilitique latente.*" (59)

Mais desastrado foi ainda o achado de HOFFMANN (60), que defendeu com eloquencia uma coroidite evidentemente de origem tuberculosa

(57) SANTANASTASO — Loc. cit., p. 109.

(58) TRANTAS — *Lèpre oculaire* — "Recueil d'Ophthalmologie", An. XX, 1898, p. 452.

(59) JEANSELME — Loc. cit.

(60) HOFFMANN & BAEZ — *La coroiditis leprosa precoz*, Separata do "Jornal dos Clínicos", An. XI, N.º 15, 1930, p. 225.

como sendo uma coroidite leprosa precoce, dando ensejo a que um oculista brasileiro elaborasse a propósito uma monografia já largamente divulgada ⁽⁶¹⁾.

E' interessante notar, no entanto, que **HOFFMANN** é partidário da via externa e explica as lesões coroidianas, não como reação direta do tecido em presença do bacilo de **HANSEN**, sinão como processo alérgico desencadeado pela sua toxina, vinda de outra parte do organismo, analogamente ao que se verificaria em varios casos de coroidite tuberculosa.

Outro endogenista, que não despreza, todavia, a origem exógena (**SANTANASTASO**), ao comentar os casos apresentados por **TRANTAS**, acha natural que, em presença de lesões da iris e do corpo ciliar (precipitados corneanos), hão de as lesões concomitantes da coróide ser obrigatoriamente ligadas à mesma causa; o que, embora natural, não é absoluto, porque o leproso pode ter a sua corioretinite sífilítica, tão encontradiza em todas as clínicas de olhos. Poderia ser até congênita. Mais tarde, a lepra lhe atacaria a córnea, a iris e o corpo ciliar.

A nosso ver, as observações puramente clínicas e oftalmoscópicas, que anunciaram lesões no segmento posterior, devem ser interpretadas com muito cuidado, porque há fatos clínicos e anátomo-patológicos numerosos, que nos mostram de modo muito claro e muito seguro a marcha do bacilo de **HANSEN** quando acomete o globo ocular.

Devemos colocar-nos em ponto equidistante dos que afirmam haver encontrado alterações oftalmoscópicas imputáveis à lepra, tais como coroidites atróficas (**TRANTAS**, **BERGER**, **ANTONELLI**, **BORTHEN**, **BREDA**, **MAUCIONE**, **GANGE**, **PENICHET**, etc.), às vezes precedendo às alterações do segmento anterior (**TRANTAS**, **ANTONELLI**, **MAUCIONE**), às vezes como sinal precoce e único de lepra (**HOFFMANN**), alterações do nervo óptico (**FRANCKE**, **ANTONELLI**, **TISCORNIA**), e os que as rejeitam de modo absoluto (**DE VINCENTIS**, **GROENOUW**, **CALDERARO**, etc.), porque o achado histo-patológico de uma lesão leprosa no *fundus oculi* não implica, de modo algum, na adoção da via endógena. Si são discutíveis as lesões reveladas pela oftalmoscopia, não o são menos os achados que a anatomia patológica nos fornece. Porque, si é possível a pre-existencia de uma lesão na coróide, na retina e no nervo óptico, que se complicou posteriormente com lesões indiscutivelmente lepróticas do segmento anterior (episclerite, esclero-queratite hiperplástica, etc.), está claro que dessa concomitancia de especificidade seria difficil extrair um diagnóstico diferencial histo-patológico irrefutavel.

Em sua grande maioria, porem, os exames histo-patológicos concordam com a observação clínica: ou evidenciam lesões características somente no segmento anterior e que alcançam quando muito o limite da ora serrata, ou, dada a gravidade e a extensão das lesões proprias das formas lepromatosa ou complexa, o processo se propaga para trás, o que é perfeitamente explicavel, porque esta propagação, possível e natural, devia ser, até, muito mais comum.

(61) **SERGIO VALLE** — *Exposé relatif à la "choroidite lépreuse precoce" de Hoffmann*. "Rev. Bras. de Leprologia", Número Especial, Vol. V, 1937, p. 3.

BREDA, em exame microscópico de um olho leproso, encontrou infiltrações na episclera, na íris e no corpo ciliar, com numerosos bacilos. A metade posterior do bulbo estava sã. Com muito bom-senso opinou que, assim como o processo episcleral atingiu a íris e o corpo ciliar, poderia difundir-se por toda a uvea.

A favor da via exógena é GIOTOKTU ⁽⁶²⁾, cujo trabalho merece menção especial, porque é baseado na relação clínica de 300 enfermos (73% com lesões oculares e 19% cegos) e em exames anátomo-patológicos praticados sobre 28 olhos. PINKERTON ⁽⁶³⁾ afirma categoricamente: "*I have examined the fundi of hundreds of leprosy patients and I have never seen a case that I considered significant of leprosy.*"

BULL e HANSEN ⁽⁶⁴⁾, em 300 oftalmoscopias, não encontraram modificações na retina. Ao microscópio, somente nos casos em que era notável a infiltração celular na íris e no corpo ciliar, é que a retina, na sua parte anterior, apresentava também infiltrações celulares em estado de metamorfose regressiva, tanto no estrato granuloso como na fibra radial. JANSON ⁽⁶⁵⁾, nos leprosários da Letônia, examinando 235 doentes, deduz que a infecção do olho sobrevém de fora para dentro, porque há enorme predomínio das lesões do segmento anterior sobre as do fundo, que se observam raramente.

GROENOUW sustenta que, via de regra, a lepra detém-se no segmento anterior; não dá valor algum às lesões da retina, descritas por BULL e HANSEN, e às do nervo óptico, registradas por DOUTRELEPONT e WOLTERS.

Dos estudos histopatológicos mais modernos, dentre os quais citaremos os de UCHIDA ⁽⁶⁶⁾ e os de SANTANASTASO ⁽⁶⁷⁾, infere-se facilmente que, excetuadas a forma lepromatosa, grave *quoad vitam* e *quoad functionem*, e a forma complexa com predominância de lesões cutâneas, isto é, somente nas formas de lepra que produzem no segmento anterior as lesões mais típicas, quicá patognomônicas, da lepra ocular, com tendência a passarem rapidamente do foco inicial da episclera para a córnea, a íris, o corpo ciliar e a parte anterior da retina somente em casos tais lhes foi possível encontrar na coróide, na retina e no nervo óptico qualquer coisa que se pudesse de fato atribuir à lepra.

Em 64 casos examinados por UCHIDA, as lesões do segmento posterior coincidiam com lesões graves do segmento anterior em 63 casos, todos da forma lepromatosa. O mesmo UCHIDA ⁽⁶⁸⁾, pela inoculação intra-peritoneal de um nódulo de lepra murina em ratos jovens, observou, depois de 8 meses, alterações leprosas no olho, assim como nos ganglios linfáticos sub-cutâneos e nas vísceras. O trabalho de SANTANASTASO,

(62) GIOTOKTU — *A clinical and histological studies of the eye of the leprosy*. "Acta Societatis Japonicae", V. 30, 1926.

(63) PINKERTON — Loc. cit.

(64) BULL & HANSEN — Loc. cit.

(65) JANSON — *Observaciones sobre la lepra del ojo en Letonia*. "Arq. de Oftal. Hispano-Americ.", 1935, T. XXXV, p. 209.

(66) UCHIDA — Loc. cit.

(67) SANTANASTASO — Loc. cit.

(68) UCHIDA — *Modificações patológicas do olho dos ratos, consequentes à injeção de bacilos da lepra murina na cavidade abdominal*. "Lepro" (Osaka), 6, N.º 4, 1935.

embora baseado em 7 observações, é mais minucioso. Em todas elas, havia lesões graves na córnea, na episclera, no limbo, na íris, no músculo e nos processos ciliares. Lesões graves da coróide, tais como intensa alteração dos pigmentos, pequenos focos de infiltração isolados, constituídos de células redondas e epitelióides, hiperemia dos vasos sanguíneos na proximidade do nervo óptico, em resumo "*lieve infiltrazione ora a piccoli focolai ora a poche cellule disseminate, alterazioni vasali con sclerosi in qualche punto e intensa iperemia in altri*", só foram registradas pelo autor na primeira observação, na qual existiam também lesões graves de todo o segmento anterior, principalmente "*le forme clinicamente descritte come lepra miliare dell'iride.*"

Aquí, a multiplicidade de lesões no segmento anterior explica, de sobra, o acometimento da coróide. Com lepromas minúsculos no parênquima iriano, com focos nítidos de infiltração no músculo ciliar, com infiltração difusa no limbo, na córnea e na esclera, seria preciso que entre o segmento anterior e o posterior houvesse completa independência anatômica e fisiológica para que se duvidasse da possibilidade de uma propagação que se poderia fazer de varios modos.

Não há necessidade de se admitir, como SANTANASTASO o faz, que as vias exógena e endógena "*agiscano contemporaneamente nella determinazione della localizzazione oculare.*"

Seria preciso que a observação clínica, como nos casos de tuberculose e de sífilis, registrasse percentagem de lesões precoces da coróide, da retina e do nervo óptico, lesões indubitavelmente leprosas, que, como aquelas outras, fossem, pelo menos, sensíveis ao tratamento específico.

Ao lado das lesões do segmento posterior, bem visíveis pela oftalmoscopia, bem acompanhadas em sua evolução para a cura ou para o agravamento, que fossem, depois do olho inutilizado e cego, objeto de demonstrações histo-patológicas; ao lado de lesões certamente de origem endógena, deveriam existir outras, como as que são vistas comumente no segmento anterior, independentes e primitivas, causadas por infecção exógena.

A tuberculose ocular, por exemplo, conforme nos adverte VON SZILY⁽⁶⁹⁾, resumindo os trabalhos de KOCH, RANKE, LIBERMEISTER, é manifestação parcial de uma tuberculose geral do organismo, é uma reinfecção endógena, sendo raridade excepcional, como na sífilis, a infecção de origem externa.

Reconhecemos o grande valor da histo-patologia, quando nos diz que encontrou lesões na coróide; este achado, porem, não tem valor absoluto. Também a clínica vê em proporções de 6,6% (79) lesões do fundo do olho, *in vivo*, pela oftalmoscopia. Vê lesões extensíssimas da coróide, vê atrofias do nervo óptico. Enquanto, porem, a clínica, prudentemente, vai procurar a causa na tuberculose, nas infecções focais e sobretudo na sífilis, que tem sobre tais lesões os mesmos direitos que a lepra possui sobre as episclerites, os nódulos do limbo, a queratite hiperplástica, a

(69) VON SZILY — *Zeitschrift für Tuberculose*, Bd. LVIII, 1930.

(70) SERGIO VALLE — *Loc. cit.* (61).

histo-patologia quer desconhecer a complexidade da causa etiológica e, si lhe cá sob o micróto, mais tarde, aquele mesmo olho, não vê sinão a lesão na grosseria e no indistinto de sua objetividade (atrofias, esclerose, alterações pigmentares, etc., sem a presença sequer do bacilo de HANSEN) e tudo attribue à lepra.

Para explicar a ausencia quasi constante do bacilo na coróide, onde se encontra, no entanto, grande riqueza de tecido reticular, propicio para as infiltrações leprosas ⁽⁷¹⁾, fato que o proprio SANTANASTASO observou nos 7 olhos examinados histo-patologicamente, tudo incrimina este autor às alterações pigmentares, que dificultariam a fixação do bacilo. Não nos parece satisfatoria a explicação.

Si a córnea, pela pobreza de tecido histiocitario, deve ser tida como territorio aonde só vai ter o bacilo de HANSEN secundariamente, como há de a coróide, riquíssima de retículo endotelial, pelo qual tanta predileção tem o mesmo bacilo, constituir a exceção única desse determinismo? Não seria, ao contrario, mais uma razão de primeira ordem para se attribuir às lesões da coróide um carater accidental, e que nos faz acreditar ainda mais no seu acometimento raro, por propagação de lesões do segmento anterior? Não se poderia dar ao fato a mesma explicação que SANTANASTASO propõe para as leves modificações do nervo óptico, tais como hiperemia ou edema peri-papilar, isto é, uma das duas hipóteses — neurites secundarias a alterações do segmento anterior ou intervenção do fator tóxico, já proposto por CALDERARO para explicar a incipiente degeneração do feixe papilo-macular?

Si a via endógena deve ser a provavel, nesse caso, é difficil compreender como rejeitou o bacilo de HANSEN um campo óptimo e próximo, para provocar aí somente alterações do pigmento e ausentar-se para longe, para a iris e a córnea, aonde foi proliferar abundantemente.

O endogenista JEANSELME ⁽⁷²⁾ pronuncia-se: "*Le processus débute dans la région du limbe cornéen et surtout dans la partie épisclerale de cette région.*"

O exogenista PHILIPPSON descreve a disseminação habitual do processo leprótico da seguinte maneira: na zona limítrofe entre a esclera e a cornea começam as alterações, ou profundamente, ao redor do canal de SCHLEMM, ou superficialmente, na altura do limbo; daí expande-se por continuidade, ao longo da camada corneana sub-epitelial, para a conjuntiva do globo, para a esclera, para o corpo ciliar, a iris, a coróide e a retina.

Para ROGERS e MUIR (via mista) no inicio, pode a doença propagar-se para o interior do globo ocular, partindo das pálpebras, da conjuntiva, da esclera e da episclera. Para SANTANASTASO (via mista), no estado atual da ciencia "*non si può dubitare che il globo oculare venga invaso dalla lepra principalmente per la penetrazione dei bacilli attra-*

(71) HEINZ-GERHARD RIECKE (Cit. F. R. Arantes) — *Contribuição ao estudo da patologia e terapêutica da lepra* — "... é no fígado, baço e ganglios linfáticos, especialmente ao nível do sistema retículo-endotelial, que o b. de H. se aloja. A lepra é, sobretudo e especialmente, um processo infeccioso que se localiza e põe em atividade o tecido retículo-endotelial." "Rev. Bras. de Leprologia", Vol. VI, N.º 2, 1938, p. 120.

(72) JEANSELME — Loc. cit. (36).

verso l'epitelio congiuntivale e corneale porque non vuole escludere in modo assoluto che dei casi possono essere in cui la infezione si verifica per via endógena, benchè debba trattarsi di casi eccezionali, essendo i bacilli scarsi nel sangue umano e da questo rapidamente distrutti." (73)

Em outro passo, comentando conclusões de CALDERARO, sustentador tenaz da via exógena, assim se exprime SANTANASTASO (74): "*Nessuno fra i globi che Calderaro ha sottoposti all'esame microscopico ha mostrato alterazioni del corpo ciliar senza che nell'episclera vi fosse infiltramento leproso piuttosto considerevole. La continuità del processo leproso dell' episclera verso il corpo ciliar é stata dimostrata in modo indubbio e con facile evidenza, nella serie dei suoi preparati.*"

A patologia ensina-nos que o foco leproso pode propagar-se com o auxilio da via sanguínea geral, como se dá quando os ganglios inguinais se comprometem sem que haja lesões nas extremidades inferiores; por meio da via linfática regional, quando surgem reações em ganglios relacionados com a pele e as mucosas; por progressão imediata no mesmo tecido, que possibilita o crescimento em superfície e em profundidade; ou, então, da pele e da mucosa para o tecido sub-cutâneo, para o nervo, o músculo, a cartilagem, o osso, etc. A progressão, segundo JADASSOHN (75), pode realizar-se também dentro do mesmo órgão, por ministerio das fendas linfáticas e vasculares. E' por meio do transporte pelas células linfáticas que o bacilo atinge a córnea. Por que motivo há de o globo ocular excetuar-se a este modo de propagação? Por que razão, podendo o bacilo de HANSEN transferir-se do fundo de saco conjuntival para a episclera, como o admitem alguns partidarios da via mista (SANTANASTASO, ROGERS e MUIR, etc.), da episclera para a cornea, a iris e o corpo ciliar, não lhe seria jamais possível atingir indiretamente as membranas profundas?

Quando se referem à marcha mais comum do processo leprótico no segmento anterior, em nada varia a linguagem dos endogenistas e dos exogenistas. Tudo se altera, no entanto, quando tentam explicar a origem das lesões posteriores.

A via exógena — passagem do bacilo de HANSEN da mucosa conjuntival para a episclera, ou propagação de lesões leprosas radicadas na vizinhança dos globos oculares para o segmento anterior — é a que se nos afigura mais concordante com os fatos que vamos resumir.

As manifestações iniciais oculares, que podem ser uni ou bilaterais, ocorrem depois de lesões cutâneas ou nervosas — lepromas, máculas, anestésias, principalmente quando localizadas na face. A madarose superciliar e a ciliar, que costuma ser um dos primeiros sinais da enfermidade (KLINGMULLER, JEANSELME), de acordo com MAMORU UCHIDA (76), condicionam, até certo ponto, a eclosão e a importancia das manifestações lepróticas do olho.

(73 e 74) SANTANASTASO — Loc. cit. (54).

(75) JADASSOHN — Loc. cit. (15).

(76) MAMORU UCHIDA — *A statistical observation of the brows and eyelashes of lepers and their relations to affections of the eyes.* — Osaka, 1932.

Nas formas graves, quando a face se mantém isenta de lesões, também os olhos e seus anexos são poupados durante muito tempo. Si as lesões oculares leprosas dependessem da via endógena, como as da sífilis e as da tuberculose, não haveria desproporção tão grande entre o índice de incidência nos dois segmentos, ou este índice seria naturalmente invertido. A lepra não faz absolutamente, como a sífilis, "*les beaux aveugles*". Toda a circulação intra-ocular é função de um só vaso, ao qual se teria que distribuir interferência na condução dos bacilos. O acometimento constante e primitivo da parte externa do segmento anterior ou de seus anexos (JEANSELME, PHILIPPSON, HANSEN e BULL, PFINGST, KNAPP, GIOTOKTU, HOFFMANN, ROGERS e MUIR, A. PILLAT, FUCHS, PINKERTON, CALDERARO, SANTANASTASO, MAMORU UCHIDA), no que concordam endogenistas e exogenistas, com propagação secundária para a íris, o corpo ciliar e a retina, até à ora serrata, limite extremo (HANSEN e BULL, PHILIPPSON, MORAX e JEANSELME), porque veias e vias linfáticas abandonam o olho no seu equador, só se pode explicar pela penetração anterior do germe, quer procedente da secreção lacrimal (BABES), quer da conjuntiva palpebral, mesmo clinicamente sã (GUENOT e RELINGER, AUBARET), quer evadido de lesões da vizinhança. Pelos espaços linfáticos perivasculares das ciliares anteriores, que perfuram a esclerótica para ir colaborar na formação do grande círculo arterial da íris, o bacilo passaria do limbo para a íris, como o demonstram os cortes em serie de CALDERARO, e daí poderia ganhar o fundo do olho, sem necessidade da via endógena, cuja intervenção até este ponto ninguém requereu. As lesões primitivas da íris e da coróide, observadas em doentes de lepra, não são, embora o pudessem ser, obrigatoriamente leprosas. Todos os leprólogos asseguram que do aspecto macroscópico da pele e das mucosas não se lhes pode inferir, de modo absoluto, a sanidade; comprovam-no muitas vezes a biopsia e a curetagem. E o leproso não possui imunidade contra a sífilis e a tuberculose.

A via endógena é, pois, uma via de emergência de que se lança mão, sem necessidade, aliás, para explicar as lesões estabelecidas no fundo do olho, quando todo o segmento anterior já foi englobado pelo processo leproso. E' uma via possível, mas não necessária. Quando se lhe atribue exclusividade, atenta-se contra a observação clínica e a anatomia patológica. E' uma hipótese restrita, que não abrange todos os fatos para cuja elucidação foi arquitetada; ao contrario, deixa-se encampar pela hipótese mais prestante e mais segura da via que a si mesma se basta — a via exógena.

CAPÍTULO IV

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Patologia geral e anatomia patológica da lepra da sífilis e da tuberculose. Infectuosidade. Evolução. Reação aos remedios específicos. Caracteres diferenciais: anestesia, indolencia, insidiosidade e cronicidade. Distinção entre lesões pertencentes à lepra, à sífilis e à tuberculose (queratites, irites, iridociclites).

As analogias entre a lepra, a sífilis e a tuberculose constituem capítulo obrigatorio para todos os autores. Os pontos obscuros da epidemio-

logia e da patologia geral, infelizmente ainda numerosos na lepra, aclaram-se um pouco quando cotejados com os similares da sífilis e da tuberculose.

Si nos vem proveito desse parentesco biológico e patológico para a apreensão de alguns fatos, dele nos promanam também varias complicações diagnósticas, principalmente quando se quer estabelecer com rigorosa precisão a causa etiológica única de uma lesão visceral ocorrente em organismo dentro do qual poderiam competir os três fatores mórbidos.

Si nos serviços de clínica oftalmológica, para se firmar um diagnóstico, é relativamente facil a exclusão da etiologia leprosa, que ordinariamente se traduz por estigmas dermatológicos acessíveis à simples inspeção, tais como anestesia térmica e dolorosa, leproma, infiltrações, máculas acrômicas ou hiperacrômicas, madarose superciliar e ciliar, entumecimento dos pavilhões auriculares, espessamento de nervos superficiais (cubital, etc.), engorgitamento palpavel de ganglios, ulcerações do septo nasal, etc., etc., podendo-se ainda, nos casos duvidosos fazer a pesquisa do bacilo no muco, o exame histológico e os testes humorais (MITSUDA, etc.) (77), o mesmo não se dá dentro de um leprocomio, quando se quer excluir a tuberculose e a sífilis em lesões do tractus uveal.

A tuberculose pode coexistir com a lepra na proporção media de 82,2% e é causa mortis de 54,7% de hansenianos, si tomarmos em consideração as 142 autopsias praticadas por MITSUDA e OGAWA (78); os recursos diagnósticos mais seguros de que comumente nos servimos — radiografia dos pulmões (79), injeção sub-cutanea de tuberculina (80), serão prejudicados pela interferencia da lepra.

Para excluir a sífilis, não havendo comemorativos, nem estigmas hereditarios, nem lesões aórticas diagnosticaveis pelos Raios X, de nada servem as reações sorológicas (WASSERMANN, KAHN), porque nas formas lepromatosas e complexas, em que são mais comuns as lesões oculares, os produtos de desintegração do tecido granulomatoso e a libertação dos lipóides ubiquitarios (81) falseiam completamente os resultados, dando uma positividade quasi constante. Uma das muitas analogias entre a lepra e a sífilis (JADASSOHN) é justamente esta: o WASSERMANN é mais comum na sífilis secundaria e na forma lepromatosa. AXENFELD e KNAPP (82) encontraram WASSERMANN positivo em grande número de doentes

(77) ED. RABELLO et RABELLO JUNIOR — *“Les tests de réactivité du terrain et le degré de cette réactivité recherché par la réaction de MITSUDA, par exemple, ajoute aux indications clinico-morphologiques, bactérioscopiques et histologiques, un élément nouveau. Cet élément a, en dehors des avantages pour la discrimination des formes cliniques, une portée d'ordre dynamique, en vue de la recherche biologique des mutations subies dans la réactivité de l'organisme, spontanément par l'effet de l'évolution de la maladie, ou par les interventions thérapeutiques. Cette dernière possibilité peut donner aux tests une valeur pratique dans la direction du pronostic des cas traités et déjà négatifs.* Loc. cit. (2).

(78) MITSUDA and OGAWA — *A study of one hundred and fifty autopsies on case of Leprosy.* “Intern. Jour. of Leprosy”, Vol. V, 1937, p. 53.

(79) ROGERS and MUIR — Para estes autores, a lesão leprosa do pulmão é semelhante à da tuberculose pulmonar. “Leprosy” (*Differential Diagnosis*), Bristol, 1925, p. 229.

(80) SERGIO VALLE — *Exposé relatif à la choroidite lépreuse precoce de Hoffmann* — “O diagnóstico pelas reações gerais e focais, consequentes a uma injeção sub-cutanea de tuberculina, processo aconselhado por KOCH e outrora vulgarizado, também pode falhar. LIE demonstrou pela necropsia que as mesmas reações se conseguem às vezes em pacientes leprosos, inteiramente livres de lesões de origem tuberculosa.” — “Arquivos Bras. de Oftalmologia”, Vol. I, N.º 2, Ag. 1938, p. 31.

(81) OTTO BIER e KATE ARNOLD — *Estudos sobre a sorologia da lepra.* Separata, 1935.

(82) KNAPP — *Um caso de lepra ocular.* “Rev. Génér. d'Ophth.”, Vol. 39, N.º 7, p. 275.

de lepra. Quanto ao efeito da promiscuidade em que possar viver, são contraditórias e pouco seguras as opiniões. WADE acha que as alterações cutâneas leprosas regridem, quando surge a tuberculose; segundo MUIR, a sífilis pode atuar sobre a lepra como agente provocador, sem, no entanto, agravar o prognóstico.

E' de supor-se que, em igualdade de condições, o organismo que se tiver de avir somente com a lepra há de levar a melhor. Os candidatos à alta condicional, em geral, são indivíduos aparentemente hígidos, cujas defesas não baquearam porque se concentraram em sector único.

Para MARCHOUX as alterações anátomo-patológicas da lepra seriam análogas às de uma tuberculose causada por bacilos que não fossem tóxicos para as células. Há diferença pouco maior entre o bacilo da lepra e o da tuberculose humana do que a existente entre esta e a tuberculose aviária. Como nas reações lepróticas das formas graves, há, na tuberculose, surtos hematogênicos, depois do sarampo. De experiências em animais, verificou-se a possibilidade de se produzir, pela inoculação de material leproso, uma doença semelhante à tuberculose.

Ao discriminar as analogias e as diferenças existentes entre a lepra, a sífilis e a tuberculose, servindo-se da histologia e das variações dos estados alérgicos, frisa JADASSOHN ⁽⁸³⁾ principalmente as semelhanças entre a primeira e a ultima: a disseminação hematogênica, ao lado da linfogênica primaria; o estado anafilático com transição para a imunidade relativa e a consequente cronicidade; a infecção precoce das crianças e a possibilidade de imunização por meio dela; a permanência em estado latente; a falência da imunização por infecções maciças; a pouca frequência da infecção conjugal; a eclosão grave nos povos virgens, etc. E dá para a lepra o mesmo índice geral de disseminação da tuberculose, da qual se diferencia, porém, pela percentagem mínima de casos declarados. Quanto à infectuosidade, observa-se o seguinte: na sífilis, salvo alguns infectados sem manifestações, todos os indivíduos invadidos do espiroqueta contraem a doença; na tuberculose, disseminação quasi geral, segundo NAEGELI, embora muitos se curem transitoria ou definitivamente; na lepra, a disseminação é como na tuberculose, apresentando casos frustros ou latentes em comunicantes, enfermeiros, indivíduos sãos que vivem na vizinhança de leprosos (FALCÃO, KITASATO, AUCHÉ), em cujos ganglios, em cuja mucosa nasal, em cujo sangue ⁽⁸⁴⁾ (?) se encontraram bacilos, em cuja pele se descobriram até máculas anestésicas ignoradas ⁽⁸⁵⁾.

Todas as três apresentam estadios tardios nos quais os germes proliferam abundantemente: formas miliares ulcerosas, na tuberculose; paralisia geral, na lues; passagem da forma maculosa para a leproamtoza, na lepra.

Quanto à evolução, as mutações orgânicas são em geral regulares na sífilis, e daí os três periodos — primario, secundario e terciario; na

(83) JADASSOHN — *Patologia geral da lepra* (*Handbuch der pathogenen Mikroorganismen*). Trad. de R. Margarido. "Rev. Bras. de Leprologia", Vol. V, N.º 1, 2 e 3.

(84) H. V. R. MOSTERT. — *Bacilemia na Lepra*. "Leprosy Review", 7-6, 10, 1936.

(85) Segundo MUIR, em 8 % dos domésticos da "Calcutta School of Trop. Med."

lepra, quando muito, observam-se *aspectos* correspondentes aos periodos da sífilis; na tuberculose, a evolução é interrompida por múltiplos factores. Segundo JADASSOHN, na lepra, a regularidade das mutações orgânicas é manifestamente maior do que na tuberculose, menor do que na sífilis: representa um meio-termo em relação às duas últimas.

Como o espiroqueta, o bacilo de HANSEN mostra, nos primeiros estadios da infecção, afinidade especial pela pele, as mucosas e o tecido nervoso, ao contrario do bacilo de KOCH. A lues maligna e as formas graves da lepra acarretam a esterilidade dos individuos.

A respeito do modo pelo qual reagem à terapêutica dita específica, assim se expressa um autor nacional ⁽⁸⁶⁾: “Na sífilis, antes de se conseguir a *sterilisans magna*, pelo 914 associado ao mercurio ou ao bismuto, na tuberculose, antes de se consolidar a cura clínica pela cicatrização ou pela quiescencia das lesões pulmonares, com o auxilio de varios recursos cirúrgicos ou medicamentosos, já as manifestações oculares, desde que não sejam uma atrofia do nervo óptico ou uma forma grave da tuberculose da uvea, vão se atenuando pouco a pouco para uma regressão parcial ou para a cura definitiva. Quero dizer, o tratamento etiológico instituido a tempo e *secundum artem* dá-nos grande esperança de êxito. Na lepra, o tratamento de fundo, o oleo de chaulmogra, pouco eficaz nos casos incipientes (RODRIGUES), costuma ser uma causa a mais de reacções perigosas para os olhos. Aquí, mesmo que se tentasse, por absurdo, realizar o epitafio de ABRAHAM JACOBI “*le malade est mort, mais il est mort guéri*”, nada se conseguiria.”

Em regra geral, é facil o diagnóstico das lesões leprosas oculares, quando situadas no segmento anterior e seus anexos, o que é comum na lepra e raro na tuberculose e na sífilis, secundarias sempre a lesões cutaneas ou nervosas.

Os supostos casos de lepra ocular primitiva (BERGER e MEYER, MANTEGAZA, BISTIS, DE LAPERSONE e VELTER), embora possiveis porque assim como a mucosa nasal pode enfermar precocemente, tambem o pode a conjuntiva ocular (Vide Cap. VII), provavelmente foram tidos como tais (dando-se por verdadeira a causa etiológica), devido à insuficiencia dos exames dermatológicos, praticados por quem talvez não possuísse bastante prática da especialidade. Nem sempre é facil o diagnóstico clínico da lepra. Em nosso meio, onde os leprólogos, graças à abundancia de doentes e à notoria atividade em que se agitam, há, incontestavelmente, maior expertise e maior competencia do que alhures, ocorrem às vezes casos controvertidos, até que tudo se esclareça com a evolução natural da doença.

Geralmente, a lesão ocular se acompanha de alterações na face. O aspecto das sobrancelhas e dos cílios é bastante característico (madarose). A rarefação das sobrancelhas, não se tratando de individuos alourados, quando é bilateral e predominantemente nos terços externos, é sinal patognomônico.

(86) SERGIO VALLE — *Profilaxia da cegueira na lepra*. “Brasil-Médico”, 28-3-1936.

Nas pálpebras, não se confundem os tubérculos com os calazios, por causa da cronicidade dos primeiros, da sua indolencia, da anestesia ou hipoestesia térmica e dolorosa, da ausencia de fenômenos reacionais e, sobretudo, de sua sede, mais comum na borda ciliar da pálpebra superior.

A coloração alaranjada da conjuntiva é sintoma de grande valor. Pelos olhos, exclusivamente pelos olhos, incluídos os seus anexos, podem diagnosticar-se, por exemplo, as duas formas clínicas extremas — a lepromatosa e a variedade trofo-anestésica; na primeira, a região superciliar, as pálpebras e às vezes o limbo apresentam formações nodulares ou infiltrações características, como característica também o é a lagofthalmia da forma trofo-anestésica, consequente à amiotrofia isolada do orbicular.

Si por acaso surgirem lesões na cornea e na íris, na ausencia das alterações acima descritas na região superciliar e nas pálpebras, na conjuntiva e na episclera, antes de se firmar o diagnóstico de lesão primitiva, cumpre esmiuçar bem o diagnóstico diferencial, tomando-se em consideração alguns princípios gerais já bem estabelecidos.

A mesma observação de HALLOPEAU referente ao modo mais comum de evolução geral da lepra, isto é, fases agudas com longos periodos de silencio, por conseguinte grande cronicidade, pode-se aplicar à lepra ocular. Insidiosidade e cronicidade são dois caracteres muito constantes, já assinalados por LYDER BORTHEN⁽⁸⁷⁾, que auxiliam o observador no diagnóstico diferencial com a sífilis e a tuberculose.

Outro sintoma precioso é a anestesia ou a hipoestesia térmica e dolorosa, que se nota às vezes precocemente (JEANSELME, MARIN AMAT, SANTANASTASO), tanto na conjuntiva como na cornea, e daí a possível indolencia das afecções que nelas se localizam.

Tratando-se, por exemplo, de uma queratite parenquimatosa sobre cuja natureza se tenha dúvida, lembraremos que, na sífilítica, observam-se com regularidade os três estadios clássicos — infiltração, vascularização e resolução, os sintomas subjetivos são violentos, a infecção é primária; na tuberculose, o periodo de resolução costuma ser complicado, os sintomas são menos imponentes, há turvação profunda, sobrevivem após irite, iridoclite e esclerite; na lepra, dominam os caracteres de insidiosidade, indolencia e cronicidade, não há periodo de resolução, é secundaria a outros sintomas de localizações primarias no segmento anterior (coloração alaranjada da conjuntiva, episclerite, etc.), apresenta-se exígua a congestão peri-querática, os sintomas subjetivos são nulos ou escassos, nunca se termina pela cura.

Na queratite sífilítica e na tuberculose, é comum a associação com a uveíte. Na lepra, a uveíte sobrevem tardiamente; a queratite pode permanecer isolada durante muito tempo. Concordamos com Moratal⁽⁸⁸⁾, quando nos afirma que a verdadeira queratite parenquimatosa não

(87) LYDER BORTHEN — *Affections oculaires dans la lèpre*. "Ann. Derm. et Syphiligraphie", 1909, p. 592.

(88) MORATAL — *Estudos clínicos biomicroscópicos da queratite leprosa*. "Zentralblatt", 1931, Vol. 38, p. 805.

é muito comum na lepra; o que se observa amiude é a queratite limitada a um setor corneano, muitas vezes avascular.

A queratite sífilítica começa quasi sempre pelo centro da cornea; este inicio é mais raro na queratite leprosa.

Certamente, no diagnóstico diferencial das lesões devidas à sífilis, à tuberculose, à esporotricose e à lepra, quando localizadas na iris (gomas), poucos são os embaraços que a lepra pode criar porque, como o disse LAGRANGE ⁽⁸⁹⁾ "*ces lésions ne surviennent guère comme première manifestation de l'infection par le bacille de Hansen, ce sont des complications que l'on ne peut pas méconnaître.*"

Mas, a questão pode formular-se de outro modo. Todas as lesões que surgem nos olhos de hansenianos serão obrigatoriamente leprosas? O descuido com que os autores tratam essa eventualidade é que tem gerado observações de coroidites primitivas, de irites primitivas e até de queratites primitivas, em doentes de lepra.

Alem disso, conforme já o lembramos no capítulo anterior (Cap. I), de uma lesão em doente de lepra não basta que se diga, como é permitido com relação a sífilis e à tuberculose, que é — leprosa.

Urge dizer em que forma clínica está inscrito o hanseniano, si se quiser grifar a originalidade do achado.

Devemos desconfiar, por conseguinte, do que nos relata SANTANASTASO ⁽⁹⁰⁾, a-pesar-da grande autoridade que se lhe não pode diminuir: "Já se achou, com a lâmpada de fenda, em individuo de lepra nervosa pura, um nódulo sobre o limbo e uma iris ligeiramente atrófica, ainda que com reação normal." Uma corio-retinite cicatricial, que a oftalmoscopia divise no *fundus oculi* de um doente da forma tuberculóide, sobretudo da forma trofo-anestésica (variedade) pura, que até as sobrançelas poupa, seria tão possivelmente leprosa como uma esclero-queratite hiper-plástica, acompanhada de madarose superciliar e ciliar poderia ser sífilítica ou tuberculosa.

Assim como, sob o aspecto clínico geral, a lepra não exclue as localizações viscerais da tuberculose e da sífilis, sob o ponto-de-vista das manifestações oculares não se deve esquecer a mesma possibilidade. De modo que, si surgir a goma na iris de um trofo anestésico, não se poderá capitulá-la logo de leprosa. Talvez se esteja diante de um caso semelhante ao de TROUSSEAU, citado por LAGRANGE ⁽⁹¹⁾, que "*a trait à un cas certain de gomme tuberculeuse chez un hérédosyphilitique.*"

Para auxiliar o diagnóstico diferencial, quando, como no caso citado por DE LAPERSONNE - CUELLO ⁽⁹²⁾, houver no mesmo individuo a concomitancia da lepra, da sífilis e da tuberculose, lança-se mão da raspagem da cornea para a pesquisa do bacilo de HANSEN, prática aconselhada por alguns autores.

(89) HENRI LAGRANGE — *La tuberculose de l'iris et du corps ciliaire*, G. Doind & Cie., Paris, 1933, p. 242.

(90) SANTANASTASO — *Loc. cit.*, 1932, p. 21.

(91) HENRI LAGRANGE — *Loc. cit.*, p. 230.

(92) LAPERSONNE-CUELLO — *Quelques cas de lèpre oculaire observés à la Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris*. "III^e Conf. Intern. de la lèpre, 1923, p. 220.

Com relação à queratite tuberculosa, muito semelhante à da lepra, seriam uteis, ainda, os ensinamentos de MOREU ET PRIOR ⁽⁹³⁾. Nesta modalidade, deve haver ausência de estigmas héredo-luéticos e presença dos da tuberculose; ausência de reações sorológicas positivas da sífilis no doente, seus ascendentes e colaterais; baixa de tensão ocular; reações alérgicas positivas da tuberculose (cuti. intradérmica); presença de lesões tórpidas ao nível da íris, do corpo ciliar e da esclera; angiopatias retinianas com hemorragias microscópicas; opacidades sob a forma de nódulos arredondados de cor branco-amarelada; evolução do processo para a esclerótica, unilateralidade muito frequente. LIJÓ PAVIA ⁽⁹²⁾ fala-nos da *intensidad desproporcionada de los síntomas subjetivos tan comunes como la fotofobia, el blefaroespanto, el lagrimeo y el dolor espontáneo, en relacion con las lesiones presentes de la cornea, con la particularidad que el dolor se exagera durante la noche, todo lo qual caracteriza a la queratitis de origen tuberculoso.*

Segundo ROLLET ET COLRAT ⁽⁹³⁾ é excepcional a localização primitiva do bacilo de KOCH no tecido corneano: é geralmente secundário a uma tuberculose irido ciliar ou conjuntival. A queratite localiza-se preferentemente na parte inferior e acompanha-se de neovascularização em que os vasos são avantajados, maiores do que os da queratite intersticial e entremeados de pequenos nódulos amarelados, que se consideram de grande valor semiológico. O tipo de irite mais comum na lepra, o silencioso e indolor, só poderia confundir-se, sob o ponto-de-vista das sequelas, isto é, pequenas sinequias muitas vezes reveladas pela atropina ou só percebidas pela lâmpada de fenda, com aquele tipo de irite reumática descrita por FUCHS ⁽⁹⁴⁾, mas sem reumatismo. O tipo inflamatório agudo, com sintomas de iridociclite precipitados na face posterior da cornea), fenômenos reacionais intensos e dolorosos, turvação do humor aquoso, hipertensão elevada, que só se poderia confundir com a irite sífilítica, porque a irite tuberculosa, via de regra, é menos espalhafatosa, só se observa depois que alterações crônicas (oclusão e seclusão) tornaram possível o episódio alarmante.

A irite crônica com sinequias, assim como a episclerite, ambas de origem tuberculosa, oferecem aspectos macro e microscópicos muito semelhantes às de origem leprosa, conforme se pode verificar do confronto de nossos desenhos (Figs. 16 e 6) com os de LAGRANGE ⁽⁹⁵⁾.

Si a forma clínica da lepra excluir a lesão iriana vegetante, executados os casos possíveis de mudança das formas puras (tuberculóide) variedade trofo-anestésica), em formas complexas, para o diagnóstico diferencial com a sífilis, a tuberculose e a esporotricose, utilizam-se os recursos habituais, porque, clinicamente *“rien ne ressemble davantage à*

(93) MOREU et PRIOR — *Arch. d'Ophthalmologie*, 1935, p. 139.

(92) LIJÓ PAVIA — *La tuberculosis en los ojos*, p. 92.

(93) ROLLET et COLRAT — *Tuberculose de l'oeil et de ses annexes*, Paris, 1927.

(94) FUCHS-SALZMANN — *“Existen iritis de tipo de la reumática sin que jamás hay existido reuma, si bien tampoco se encuentra en ellas otro punto en que apoyar una orientación diagnóstica distinta.”* “Tratado de Oftalmología”, Editorial Labor S. A., 1935, p. 381.

(95) HENRI LAGRANGE — *Loc. cit.*, p. 344.

un tubercule qu'une gomme" (96); somente a forma miliar, nodular ou granulomatosa, contemporânea de um estado granulico tuberculoso, é patognomônica. Os comemorativos, o WASSERMANN, as reações à tuberculina, o tratamento iodurado, que tanto atua sobre a sífilis como sobre a esporotricose (salvo nas formas associadas à tuberculose) e, para a esporotricose, a pesquisa de lesões viscerais ou cutâneas, cicatriciais ou evolutivas, mas principalmente as pesquisas biológicas (97) — exame direto do pús, culturas, hemoculturas, inoculação em cobaio) poderão concorrer para a elucidação diagnóstica. LAGRANGE refere-se ainda aos linfomas irianos e aos tumores malignos da íris, cuja raridade facilita a diferenciação.

As irites e as iridociclites não têm caráter diferencial que lhes seja patognomônico (98); para distingui-las ou para fixar a causa etiológica de cada uma (sífilis, tuberculose, reumatismo, blenorragia, infecções focais (99), é mister que nos ajudemos dos comemorativos, das radiografias (dentes, pulmões, aorta), dos exames urológicos (próstata, etc.), da reação de WASSERMANN e das várias provas com a tuberculina, cujo valor, aliás, só é decisivo quando negativas. Tais exames, prolixos e demorados, não devem, no entanto, retardar a terapêutica de prova, como nos aconselha MELLER (100), diante da obscuridade de um caso agudo, porque o tratamento mercurial prepara favoravelmente o terreno para a tuberculina; ou, como nos ensina LAGRANGE (101), porque serão menores os insucessos quando, hesitantes entre sífilis e tuberculose, aceitamos sempre a primeira hipótese para fim terapêutico.

As afecções da íris e do corpo ciliar de origem leprosa são geralmente de feição sub-aguda ou crônica, salvo nos casos de reação leprótica localizada no olho, acompanhada ou não da reação leprótica geral (Fig. 13).

Somente quando tidas como primitivas ou quando explodem em doentes de formas clínicas da lepra, nas quais não se observam ordinariamente lesões oculares (forma tuberculoide, variedade trofo-anestésica), é que o diagnóstico diferencial se impõe, acrescido, naturalmente, de novos embaraços.

(96) HENRI LAGRANGE — Loc. cit.

(97) TOULANT — "Jusqu'à présent, le diagnostic d'une sporotrichose oculaire ne peut pas être établi avec assez de certitude par les symptômes cliniques seuls: le diagnostic clinique doit être contrôlé par les recherches biologiques." — *Essai sur la sporotrichose oculaire*. "Thèse", Paris, 1913.

(98) HENRI LAGRANGE — "Le moment n'est plus où le diagnostic de l'iritis peut être présenté comme dans le *Traité de De Wecker et Landolt* (1886) sous la forme d'un exposé successif des *iritis plastiques* (simples), *séreuses*, *suppuratives*, *gommeuses*, *rhumatismales* et *blenorragiques*. Ce sont là des étiquettes presque exclusivement syndrômiques, qui n'ont plus de signification étiologique." — Loc. cit., p. 244.

(99) G. DE SCHWEINITZ (de Filadelfia) — "Encontram-se infecções focais em diferentes órgãos. As mais comuns são: nos dentes, nas amígdalas, nos seios para-nasais, no intestino, na uretra posterior e na próstata, nas vesículas seminais, nos órgãos genitais da mulher. As infecções menos conhecidas são as das vias respiratórias superiores, do hilo pulmonar, da vesícula biliar, da pele (furúnculos, etc.), do apêndice, mas é impossível indicar qual é a porta de entrada na corrente sanguínea preferida pelas bactérias." — *Soc. Franç. d'Ophtal.*, 1924, p. 8.

(100) J. MELLER — *Lecture delivered before the American Medical Association*, 4th., November, 1931, p. 15.

(101) HENRI LAGRANGE — "Lorsque l'hésitation est possible entre la syphilis et la tuberculose, c'est en mettant l'hypothèse de la syphilis au premier plan que nous avons le moins d'insuccés thérapeutiques." — Loc. cit., p. 260.

Como o tuberculoma írido-ciliar, que se desenvolve no ângulo da câmara anterior, o leproma da mesma sede denuncia-se por fenômenos dolorosos e pela hipertensão, seguida posteriormente de hipotensão ⁽¹⁰²⁾. Não lhe é peculiar, porém, a evolução rápida, nem a tendência à hemorragia e à perfuração, nem a precedência de sintomas de episclerite. O estafiloma e atrofia do globo, na lepra, são consequências, em geral, muito tardias.

Em resumo, diante de uma lesão ocular, cuja exuberância e cuja extensão não se traduzem pelos sinais costumeiros, que esteja evoluindo com lentidão, cronicidade, anestesia ou hipoestesia, um exame clínico bem minucioso, praticado por quem o possa fazer, ajudado do laboratório e da anatomia patológica (biopsia), das reações alérgicas (MITSUDA, etc.) esclarece definitivamente a suspeita da causa etiológica, que será geralmente a lepra.

CAPÍTULO V

REGIÃO SUPERCILIAR E PALPEBRAS

Madarose — sinal precoce. Formas clínicas que a produzem. Incidência. Lagofthalmia por pseudo-paralisia parietal e progressiva.

Passagem constante do bacilo de Hansen pelo corredor lacrimal.

Extirpação do saco lacrimal como profilaxia das lesões oculares e das lesões nasais.

Observam-se em todas as formas clínicas da lepra alterações na região superciliar e nas pálpebras — madarose, lepromas, infiltrações, máculas, anestésias, lagofthalmo, que desse modo assumem grandíssima importância, não só para o diagnóstico geral, como para a especificação e a individualização da modalidade clínica. HULANIKI registrou-as em 93% dos casos de lepra. Segundo KLINGMULLER ⁽¹⁰³⁾, a madarose superciliar é que adverte, varias vezes, o doente, do perigo que o está ameaçando. Aparece lenta ou subitamente, com bilateralidade desigual, mais vezes dentro do primeiro ano. PAVLOV ⁽¹⁰⁴⁾, em 500 doentes, observou que a queda das sobrancelhas e dos cílios antecede de muito tempo as outras manifestações. JEANSELME ⁽¹⁰⁵⁾ diz textualmente que a madarose é "*le premier signe qui attire l'attention du malade.*" Encontramo-la não só nas formas lepromatosa, maculosa e complexa, sinão também na própria forma tuberculóide, quando esta elege a região superciliar ou a engloba, partindo da fronte. Então, assinala-se a raridade da madarose unilateral.

(102) DUPUY DUTEMPS — *Archives d'Ophthalmologie*, t. XXIV, 1904, p. 309.

(103) KLINGMULLER, V. — *Olhos*. "Die Lepra", Berlin, 1930.

(104) PAVLOV — *Lepra dos olhos*. "Zentralblatt", 1936, Vol. 52, p. 108.

(105) JEANSELME — *Loc. cit.*, p. 331.

TISCORNIA (¹⁰⁶) observou o seguinte: "*No es raro ver enfermos en los cuales han caído las pestañas de la parte media del párpado superior y todas las de los párpados inferiores, conservandose muy desarrolladas las de la parte externa y interna en el párpado superior.*"

Em 65 doentes observados por SANTANASTASO (¹⁰⁷) 64 apresentavam madarose. Excetuou-se um só doente de forma nervosa (variedade trofo-anestésica).

A queda dos cílios é função de lesões visíveis ou aparentes, presentes na região, semelhantes às que se instalam não importa em que quaisquer outros lugares da pele. Às lesões dermatológicas da região superciliar é comum se juntarem outras, sobretudo nas regiões circunvizinhas da fronte, do que resulta a acentuação de dobras e sulcos, observada em grau máximo na facies leonina. Grande é a percentagem de madarose nas formas complexa, lepromatosa e maculosa. LOPEZ encontrou-a em 2/3 dos casos. MAMORU UCHIDA (¹⁰⁸) dá o índice de 60,50% para a madarose superciliar e 40,28% para a ciliar. Deve-se-lhe a observação de grande importancia clínica e diagnóstica: há correlação evidente entre o grau de madarose e a gravidade das lesões oculares. Quando as sobrançelas e os cílios persistem, é porque está longe ainda o dia da cegueira, é porque o organismo está reagindo otimamente. A ausencia da madarose em formas complexa, lepromatosa ou maculo-anestésica, depois de 10 anos de enfermidade, coincidindo com a ausencia de lesões oculares, o que se admira muito raramente, significa vitoria excepcional da terapêutica ou da resistência específica do individuo.

CALDERARO viu a lepra nodular (lepromatosa) começar por pequeno endurecimento cutaneo ao nivel do supercílio, com queda dos pelos, substituidos por uma lanugem.

Quando à madarose superciliar se juntam nódulos na pálpebra superior, episclerites nodulares ou difusas, impõe-se o diagnóstico de lepra de modo segurissimo (Fig. 5, 6 e 7).

A queda dos supercílios e dos cílios deve ser sempre consequencia de alterações lepróticas da pele, embora nem sempre perceptíveis. E' inconcebível que um fator puramente trófico, com predileção para os pelos, respeite todas as regiões pilosas para se contentar somente com os supercílios, e destes, mais vezes, o terço externo, e com os cílios. Na forma nervosa pura (incluida na variedade trofo-anestésica) nunca encontramos madarose. Um trofismo tão minuciosamente endereçado deve causar-nos muita desconfiança. A hipertrofia do sulco órbito-palpebral, consequencia de infiltração localizada, às vezes de um leproma (lepromas pendentes de TISCORNIA, produz o blefarocalazio, um como exagero de tendencia natural da pálpebra superior, mais encontradiço nos doentes idosos. PANAS chamou a atenção para o edema das pálpebras (¹⁰⁹). Há uma localização muito caprichosa dos lepromas nas pálpebras, quer os

(106) TISCORNIA — Loc. cit.

(107) SANTANASTASO — Loc. cit.

(108) MAMORU UCHIDA — Loc. cit. (76).

(109) PANAS — *Des manifestations oculaires de la lèpre*. "Annales Dermat. et Syph.", 1889, p. 238.

da vizinhança de suas bordas, quer os que em outros pontos delas se desenvolvem: respeitam sempre as pálpebras inferiores. De dezenas que extirpamos, estas últimas nunca no-los depararam. A forma trofo-anestésica pura não produz madarose, mas soi imobilizar, uni ou bilateralmente, o orbicular das pálpebras, cuja amiotrofia implica no lagoftalmo leproso, também patognomônico, quando a pseudo-paralisia facial se restringe, no início, aos filetes terminais do orbicular. Todos os outros músculos da hemi-face funcionam. Progressivamente param o superciliar, o frontal, etc., etc., até que se complete o quadro clínico da paralisia facial verdadeira, o fator maior da chamada facies antonina. A lepra também o produz *ex-abrupto*, mas não é o seu processo habitual.

A lagoftalmia, geralmente precedida de um tremor palpebral (Hansen) obriga a pálpebra inferior ao ectropio, à epífora, às ulcerações do terço inferior da cornea, à xerose conjuntival e corneana. Ocorre tanto na variedade trofo-anestésica como nas formas complexas.

Entre muitos casos de nossa observação, dos quais 30 pertencentes à forma trofo-anestésica, não encontramos anestesia ou hipoestesia da cornea, nem da conjuntiva. Parece-nos que na variedade trofo-anestésica pura tudo se resume na amiotrofia do orbicular. Muitas vezes, o proprio doente ignorava completamente o seu estado. A ausencia do pestanejamento reflexo, que normalmente se realiza à nossa revelia ou com um mínimo de esforço voluntario, assim como do reflexo palpebral, não devem ser imputadas à perda da sensibilidade corneana, como quer Elliot, mas simplesmente à impotencia funcional do orbicular. A pálpebra não reage porque não pode, ou só reage à custa de esforço maior. Nas amiotrofias antigas, as pálpebras tornam-se delgadas e flácidas, completamente inertes, deixando-se com facilidade preguear. Quer na oclusão, quer na inoclusão, somente se observam as rotações do globo para cima e para baixo; as pálpebras perdem a solidariedade normal com tais movimentos. A ptose paralítica de que ELLIOT⁽¹¹⁰⁾ nos refere varios casos, em 1.500 doentes só a observamos uma vez. De sua raridade concluimos que se lhe deve talvez atribuir a causa mais comum, que é a sífilis.

Tirante a paralisia, aliás pseudo-paralisia do ramo superior do facial, nunca observamos sintomas de outras, nem do terceiro nem do sexto par, que alguns autores consideram como vulgaridade.

CAPÍTULO VI

VIAS LACRIMAIS

Papel importante desempenhado pela conjuntiva na lepra ocular. Passagem do bacilo de Hansen através dela. Ausencia de lesões no tecido proprio da conjuntiva. A episclerite inicial. Anestesia e hipoestesia. Tracoma.

E' natural que se encontrem infiltrações na mucosa do saco lacrimal, mesmo nos em que havia antes da extirpação perfeita permeabilidade (SANTANASTASO), mas sobretudo nos casos de reabsorção e de rarefação

(110) Cit. in SANTANASTASO — Loc. cit. (17).

dos ossos nasais e dos ossos do septo, reveladas pela radiografia. Por continuidade, o processo leproso pode chegar até à mucosa do saco. Colocado entre dois focos habituais de bacilos — a conjuntiva e a fossa nasal, o corredor lacrimal devia ser até mais vezes visivelmente contaminado.

A lagrimação abundante de certos doentes, nos quais lesões oculares ativas não e expliquem, deve sugerir a possibilidade de uma obstrução ou de obliteração dos pontos lacrimais, como o observaram FERNANDEZ e CHAILLOUS ⁽¹¹¹⁾.

Há, evidentemente, possibilidade da ascensão da flora bacteriana, que da fossa nasal passaria ao saco, tendo, como os salmões, de lutar contra o rumo da corrente, e do saco, pelas vias lacrimais, à conjuntiva. Não sei, porem, si devamos aceitar as conclusões de FAVA e de CARRON DU VILLARDS (1856), o qual, em 2.000 leprosos, verificou que a primeira manifestação seria a oclusão da via lacrimal e a consequente formação de um tumor no saco. Para tais autores, seriam as vias lacrimais que conduziriam a infecção do nariz para as pálpebras e os olhos. Não sei, também, si o conselho de SANTANASTASO para que se extirpe sempre o saco, pois o fechamento da comunicação oculo-nasal daria como resultado a extinção da flora leprosa no nariz e na boca, deva ser posto em prática.

Si fôssemos tomar em consideração o que dizem alguns autores a respeito do saco lacrimal, teríamos de extirpá-lo de todos os doentes de lepra. Porque, si uns lhe dão a função de via descendente do bacilo de HANSEN (SANTANASTASO), outros (FAVA, CARRON DU VILLARDS) o querem como passagem de bacilo das fossas nasais para os olhos. Desta concordância de conclusões, resultantes de duas hipóteses contrárias, sacrificado sairia sempre o saco lacrimal.

Nossa observação de três anos e meio sobre 1.500 doentes de lepra de todas as formas clínicas apenas nos ensinou que, si as lesões nasais que causam obstrução ou destruição ossea se refletem às vezes nas vias lacrimais, aumentando o lacrimejamento, este, via de regra, é devido a lesões oculares e à hipertrofia das glândulas lacrimais, cuja parte acessória muitas vezes extirpamos pelo método de WECKER ⁽¹¹²⁾.

Foi o que observou KING ⁽¹¹³⁾: "*The lacrymal gland may occasionally be the site of leprosy, and its palpebral portion require excision as a result. Both the nose and eye being such common sites of involvement it is not surprising that the infection should spread frequently to the lacrymal sac and naso-lacrymal duct, leading to their occlusion.*"

Todas as extirpações do saco que tivemos de praticar, como as de MARIN AMAT e CHAILLOUS ⁽¹¹⁴⁾, foram devidas a dacriocistites com dilatação e supuração, tais as que se observam fora de leprosa, e todas foram praticadas em doentes do sexo feminino. Com a nossa experiência coincide a de PINKERTON: "*In my experience there is no disease of the*

(111) CHAILLOUS — *Retrécissement des voies lacrymales et ses complications chez les lépreux*. "Ann. Dermat. et Syph.", 1910, p. 630.

(112) Vide *Tratado de Oftalmologia* — Fuchs-Salzmann, p. 889.

(113) KING — *The eye in Leprosy*. "The British Jr. of Ophthalmology", 1936, N.º 10, p. 561.

(114) Cit. in Klingmüller — Loc. cit. (103).

lacrymal sac or duct peculiar to leprosy other than the secondary involvement from leprosy of the nose, which is a rather common complication (115).”

CAPÍTULO VII

CONJUNTIVA, EPISCLERA E ESCLERA

Estudam-se simultaneamente as alterações da conjuntiva, da episclera e da esclera, porque há entre elas interdependência e continuidade que têm sido motivo, aliás, de muita confusão. Comprometimento conjuntival propriamente dito, que se traduzisse pelos sintomas próprios a todas as conjuntivas (116), ao contrario do que menciona Fernandez, nunca o observamos.

Da conjuntiva, o que é comum é a congestão, a hiperemia, a quemose, ora difusa, ora circunscrita, sob a forma de triângulo com base no limbo, tanto do lado nasal como do lado temporal, surgindo no começo em crises periódicas para mais tarde se tornarem permanentes, quando do processo puramente congestivo já se passou à infiltração episcleral.

Referem-se os médicos da Escola de Salerno ao olhar de fogo dos leprosos. Quando ainda ausente na mucosa nasal, BABES encontrou o bacilo na conjuntiva; SANTANASTASO, em casos de lepromas nas bordas palpebrais, também o achou no saco conjuntival.

Em olho leproso clinicamente são, a raspagem da conjuntiva tarsal, praticada por AUBARET (117) revelou grande quantidade de bacilos de Hansen. Também NAAR (118) encontrou bacilos na secreção conjuntival. JEANSELME (119) descreve muito bem a evolução: “*Graduellement, au cours des poussées successives, la rougeur perd son intensité et prend une nuance uniformément rose, teint hortensia ou saumon ou orangée qui persiste en partie pendant les périodes d'accalmie.*”

A congestão conjuntival atinge o máximo de intensidade e acompanha-se de ardor, lagrimação, discreta fotofobia, nunca de secreção cataral, nos surtos agudos da reação ocular, uni ou bilateral (Figs. 7 e 13) própria das formas graves da lepra, como consequência de intolerância pelo chaulmoogra (ésteres creosotados) ou como protesto contra doses excessivas do medicamento.

A nosso ver a conjuntiva (de *conjungere*, reunir) desempenha papel muito importante na fixação e no transporte do bacilo de HANSEN do meio exterior para o tecido episcleral da vizinhança do limbo, donde, por

(115) PINKERTON — Loc. cit. (35).

(116) TISCORNIA — “*Un catarro conjuntival acompaña generalmente a los estados hiperemicos de la conjuntiva, pero no es posible hablar de una conjuntivite leprosa.*” Loc. cit.

(117) AUBARET — *A propos des complications oculaires de la lèpre.*

(118) NAAR — *Alterações oculares na lepra.* “Zentralblatt”, 1928, Vol. 26, p. 827.

(119) JEANSELME — Loc. cit., p. 331.

mecanismo já descrito (Vide Cap. II), a infecção se propagaria a todo o segmento anterior. Sua peculiaridade de se manter sempre exposta, mais do que a mucosa nasal (120) a todos os agentes exteriores, sua vascularização muito rica e muito superficial, em correlação íntima com as redes vasculares da região superciliar e das pálpebras, tornam-na mais favorável à penetração do bacilo do que o próprio tegumento cutâneo.

Diretamente do meio exterior ou secundariamente, vindo de lesões próximas, através dos linfáticos, dos espaços perivasculares ou dos próprios nervos que, na lepra, segunda Jadassohn, também podem ser condutores da infecção, na conjuntiva estaciona o bacilo de HANSEN que em breve vai proliferar na episclera e na superfície da esclera, dentro de lesões precoces, registradas por muitos autores.

Da experiência de GALMETTE com o bacilo de KOCH e das de MARCHOUX-CHORINE-KOECHLIN (121) com o bacilo de STEFANSKY, a primeira — deposição de um líquido com bacilos da tuberculose na conjuntiva de cobaias, a segunda — instilação de emulsão muito rica de bacilos acido-resistentes, suspensos em soro fisiológico, na conjuntiva de ratos jovens, ficou provada a possibilidade da passagem dos microbios através da mucosa ocular íntegra e sã, localizando-se o bacilo de STEFANSKY primeiramente no tecido linfóide do ângulo interno e invadindo o organismo pela via linfática, enquanto que o bacilo da tuberculose vai diretamente aos ganglios linfáticos do pescoço.

Para MARCHOUX-CHORINE-KOECHLIN, a evolução diferente da lepra no homem e no rato seria atribuível ao fato de ser, neste último, pouco desenvolvido o tecido linfático da pituitaria, extremamente rico de glóbulos brancos no homem, sobretudo na região superciliar do *chorion*: *“Étant donnée que la lèpre est une maladie du système lymphatique, on comprend pourquoi, chez l’homme, l’infection suit une évolution un peu différente de celle qu’on observe chez le rat où le tissu lymphatique de la pituitaire est peu développé. Les bacilles déposés sur l’oeil traversent sans doute la muqueuse palpébrale et peuvent gagner le sourcil ou celle du canal lacrymal et atteindre la pituitaire.”*

Para SANTANASTASO (122), a infiltração que se observa no saco lacrimal, em achados histopatológicos, é consequência de infiltração anterior que desceria da conjuntiva e das pálpebras.

Do mesmo modo se enuncia LIJÓ PAVIA (123): *“Experimentalmente ha sido demonstrado el passage del bacilo de Koch, por la conjuntiva sana, sin dejar rastros de su passo e dando lugar a una lesion siempre*

(120) ROGERS et MUIR — “Nossa experiência fortalece a hipótese de que, na maioria dos casos em que não há lesão inicial confinada a uma parte do corpo, porém numerosas lesões esparsas e simultâneas desde o princípio, que a infecção se operou através da mucosa nasal. Esta, pela sua estrutura, é mais sujeita a permitir a passagem dos bacilos do que a pele. O catarro nasal é muito mais comum do que a dermatite; os germes patogênicos penetram com mais facilidade no epitélio ciliado do que no estratificado. Justifica-se, portanto, a nossa lembrança de que os bacilos da lepra serão também capazes de invadir mais facilmente o epitélio da mucosa nasal do que a pele.” — “Lepra”, trad. de H. Palermo, p. 178.

(121) MARCHOUX-CHORINE-KOECHLIN. — *Infection lépreuse des rats par la voie oculaire*. — Ann. de l’Institut Pasteur, 1935, p. 63.

(122) SANTANASTASO — Loc. cit.

(123) LIJÓ PAVIA — Loc. cit., p. 8.

ulcerosa (chancro de primera inoculacion) acompañada constantemente de adenopatía satélite. (Calmette y Guérin, H. Lagrange)."

Para HANSEN e BULL, BORTHEN, DOUTRELEPONT e WOLTERS, JEAN-SELME e MORAX, a conjuntiva nunca seria sede inicial da lesão ocular leprosa. Exames histopatológicos de varios autores demonstram que as alterações iniciais do olho leproso surgem na episclera e na esclera, na parte mais superficial e na parte mais profunda desta membrana, principalmente ao nível da penetração dos nervos ciliares anteriores, onde eram pronunciadas as alterações vasculares e onde eram numerosos os bacilos nas células endoteliais e nas túnicas médias. Somente na vizinhança do limbo esclero-corneano foi que se verificou a invasão da conjuntiva pelo bacilo de HANSEN. Para muitos autores, os pretensos nódulos da conjuntiva são lepromas da episclera que apenas a sublevam. A ausencia de lesões no tecido proprio da conjuntiva coincidiu com a infiltração das camadas profundas do tecido celular sub-mucoso da episclera.

MUKHERJEE (¹²⁴) encontrou quasi sempre afetado o tecido episcleral. Da episclerite difusa descrita por BREDÁ (Fig. 7) ou da nodular de que se encarregou PFINGST (Fig. 6), passa-se à invasão progressiva de toda a cornea. Observamos manchas amareladas, sem vascularização e próximas ao limbo, na fase inicial das episclerites (Fig. 5). LELOIR descreve flictenas iniciais do tamanho de grãos de alpiste, que se mudam em nódulos e depois em infiltrados duros que circundam a cornea. E finalmente a invadem (Fig. 10). CALDERARO (¹²⁵), embora admita a possibilidade do leproma exclusivamente conjuntival, assim se externa: "*Il leproma del limbo é quasi sempre un leproma episclerale ed il piú frequente ad osservarsi; piú raramente si osserva il leproma isolato della sclera specialmente negli stadi iniziali della alterazione oculare esso si inizia come leproma episclerale e poi diventa sclerale potendosi metter a diretto contatto con el tratto uveale.*"

Em dois doentes, nos quais observamos a esclerite primitiva, si o aspecto da lesão fazia pensar em tuberculose, o tratamento e a cura, por meio do Gadusan, o confirmaram. Segundo Borthen, as escleras só são comprometidas secundariamente. Característica é para GROSMANN a coloração alaranjada da esclerótica, que em certos pontos semelha o marfim. As alterações esclero-episclerais não se acompanham ordinariamente de dores vivas, nem de fenômenos reacionais intensos. Sujeitas a pequenas crises mais ou menos espaçadas, não chegam a levar o doente ao especialista.

Pela instilação da solução millesimal de adrenalina, obtem-se a esquemia dos vasos conjuntivais, permanecendo inalterado o processo radicado à episclera.

A anestesia ou a hipoestesia da conjuntiva é mais comumente encontrada nas formas lepromatosa, maculosa ou complexas, quando já são visíveis as lesões — infiltrações, espessamentos, pequenos nódulos, hipere-

(124) MUKHERJEE — *Lepra ocular*. "Zentralblatt", Vol. 22, 1927, p. 233.

(125) CALDERARO — *Loc. cit.*

mia permanente e generalizada, etc. Na variedade trofo-anestésica, em que não há absolutamente lesão na conjuntiva bulbar, assim como não há na cornea (salvo a forma erosiva de queratite por lagofthalmia), nunca encontramos sequer hipoestesia.

Concordamos com SANTANASTASO, quando nos fala da importancia que se deve atribuir à anestesia conjuntival precoce, que registrou em 90 % dos casos, porque nos vem advertir do próximo aparecimento de lesões, e que é de grande valor para o diagnóstico diferencial. Na mesma conjuntiva, a sensibilidade está presente na parte sã e alterada nas partes infiltradas, o que prova ser a anestesia térmica e dolorosa, na conjuntiva, como na pele, contemporanea de lesões latentes ou visíveis. Em nosso meio, associa-se à lepra o tracoma que, segundo estatísticas já vulgarizadas, atinge a cerca de 500.000 individuos somente no Estado de São Paulo.

Dentro dos leproarios se devem isolar pelo menos os casos agudos mais contagiantes. Aos que se achem na fase da triquiase se dará o conforto da operação de Lagleyse. Ao contrario do que opinou Santanastaso, isto é, *che il tessuto lebbroso sià un terreno sul quale attecchisca in maniera attenuata il germe del tracoma*", o que a nossa observação consignou foi que o pano tracomatoso, quando há coexistencia de queratite leprosa e de episclerite, é de uma rebeldia que desafia todos os recursos terapêuticos. As granulações da conjuntiva tambem se ostentam luxuriantes e só cedem a processos sangrentos; não observamos sobre elas nenhuma inibição do bacilo de Hansen.

CAPÍTULO VIII

CORNEA

Classificação das queratites: parenquimatosa, hiperplastica e erosiva. Como se inicia a queratite parenquimatosa na lepra. Queratite leprosa inconfundível — a forma hiperplástica ou pseudo-tumoral. Pano leprótico. Exames anátomo-patológicos. Irite serosa, intersticial, nodular e miliar. Iridociclites. Extensão do processo leproso até à ora serrata.

Do segmento anterior do globo ocular, notoriamente preferido pela afecção leprótica, a parte que amiude enferma e que, talvez, sobressaia, em estatística cuidadosa ⁽¹²⁶⁾, é, sem dúvida, a cornea, cuja anestesia ou hipoestesia costuma ser muito precoce. Classificam-se as queratites dessa etiologia ⁽¹²⁷⁾, apenas para facilidade de exposição, porque não é possi-

(126) MORATAL — Examinando 100 leprosos com a lâmpada de fenda, este autor encontrou a percentagem de 84 por cento de queratites. — *Estudos clínicos biomicroscópicos da queratite leprosa*. "Zentralblatt", 1931, Vol. 38, p. 805.

(127) KAGOSHIMA, SHIGERU e UCHIDA dividem as queratites em primarias e secundarias (queratites por lagofthalmia). As primarias compreendem 5 grupos: 1) Infiltração da cornea em forma panosa; 2) queratite superficial difusa; 3) queratite pontuada superficial; 4) queratite parenquimatosa; 5) granuloma leproso e leproma da cornea. — *Contribution to the clinical and histological studies about the classification of leprous keratitis*. "Zentralblatt", v. 44, p. 563.

vel, na prática, separar as queratites de outras afecções da esclera, da íris e do corpo ciliar, que geralmente se lhes antepõem, quando com elas não convivem, classificam-se em parenquimatosas ou profundas, hiperplásticas ou superficiais e erosivas. As primeiras, que se dizem também intersticiais, são muito variáveis quanto à sede e à extensão, apresentam três modalidades bem definidas: a esclerosante, a pontuada e a nodular. A forma erosiva, sem lagoftalmia e sem perturbações tróficas, nunca a encontramos. Autores há que se referem, no entanto, a facetas na superfície corneana, provenientes de erosões epiteliais, que precederiam ou acompanhariam certas formas de queratite com infiltração nodular, análogas às que se vêem nas queratites paralíticas. Para muitos autores (PFFINGST, BACKER, SANTANASTASO), a forma erosiva só se observaria como consequência do lagoftalmo paralítico.

Um tipo há, bastante contraditório, em que os sintomas e a evolução fazem lembrar a queratite a que Von Graefe chamou esclerosante. (Fig. 11) Dir-se-ia estar a esclerótica invadindo a cornea, dada a coloração esbranquiçada que esta adquire numa faixa limítrofe de proporções variáveis. Tirante a etiologia (tuberculose, sífilis, gota, reumatismo), que os tratados de oftalmologia consignam à queratite esclerosante, tudo o mais que a esta lhe é próprio se pode observar na presente modalidade: a concomitância de lesões da esclerótica; a ausência ou a escassa neo-formação vascular nas camadas profundas do parênquima corneano; o tórpido ou o agudo da evolução, ora silenciosa e indolor, ora gritante e complicada de fenômenos irritativos. Em suma, tão concordantes e parecidos lhes são os caracteres, que opinamos pela denominação de queratite esclerosante leprótica para designar a de que agora nos ocupamos. Também a queratite pontuada profunda, tida como privilegio da sífilis (MAUTHNER, HOCK, etc.) temo-la encontrado muitas vezes nos doentes de lepra. Este tipo foi observado por PETRAGLIA (1872), MELLER (1895), AXENFELD (1916), CANGE (1930) e descrito histologicamente por CALDERARO e AXENFELD. Percebem-se, sobretudo na parte superior da cornea, pequenas manchas ou pontos arredondados, regulares ou irregulares, muito brancos. São lepromas miliares, conforme suposição de Jeanselme e Morax, posteriormente confirmada pelos exames histológicos de SUGANUMA, MINDER, MELLER e KURIKS. (Fig. 8 e 9) A tuberculose, a sífilis e a lepra (Vide Cap. sobre diagnóstico diferencial), quando se endereçam às camadas média e profunda da cornea, dão lugar ao aparecimento de manchas cinzentas, ora na periferia, sob a forma de crescentes, ora no centro, manchas que se tornam vascularizadas à custa de vasos perique-ráticos. Trata-se da chamada queratite parenquimatosa, ou intersticial, ou difusa, ou profunda. Na lepra, ela se inicia mais vezes na vizinhança do bordo corneano, em correspondência com lesões pre-existentes no limbo ou na episclera. Pela lâmpada de fenda, percebe-se que as manchas se decompõem em pequenas opacidades nodulares, mais ou menos confluentes, nas diferentes camadas da cornea, particularmente nas camadas superficiais, ou, então, logo adiante da membrana de DESCOMET. Quando limitada a um sector da cornea (é o que se observa mais comu-

mente na lepra), pouco dano causará à visão; quando se estende a toda ela, a visão ficará irremediavelmente comprometida e impedirá de modo absoluto o exame das regiões subjacentes.

Quando às modificações da estrutura da cornea se associam fenômenos de hipertensão, consequentes à seclusão e à oclusão pupilar, podem surgir proeminências estafilomatosas.

Na sífilis hereditária, quasi sempre acompanhada dos outros sinais de HUTCHINSON (tríade), os fenômenos irritativos são intensos e demorados; na tuberculose e principalmente na lepra, a reação local é quasi sempre discreta, menor ou nula a vascularização. Há um tipo degenerativo interessante de queratite circular, que costuma perlongar quasi toda a periferia corneana, simulando o clássico *gerontoxon* (HANSEN e BULL, PHILLIPPSON), do qual se distingue, todavia, pela zona transparente de tecido normal, imediato ao limbo que, concentricamente, margem o pseudo-arco senil em toda a sua circunferencia.

A perda da sensibilidade da cornea (formas complexas), assim como o lagoftalmo paralítico são causas secundarias de queratites traumáticas (forma erosiva) ou por dessecação, que ora se traduzem em epidermização da cornea, semelhante à xerosis, ora se resolvem em ulcerações de gravidade variavel.

Quanto ao pano leprótico não consideramos bem definida a sua individualidade. Sabe-se que, em todas as alterações intersticiais da cornea, devidas ao bacilo de HANSEN, si é constante a vascularização (raramente deixando de existir, pelo menos aparentemente), não é regular o seu aparecimento. Outra noção conhecida é a da maior eleição que, tanto as lesões hiperplásticas como as intersticiais (e tambem o sub-tipo pontuado e esclerosante) têm pela parte superior da cornea. Aí a vascularização é muito precoce, podendo existir mesmo espontaneamente, sem que haja ainda infiltração corneana vizinha. (Vide cap. II) O que comumente se denomina pano leprótico, salvo melhor juízo, não é mais do que uma queratite intersticial com vascularização superficial e profunda, localizada eventualmente ao nivel da lúnula superior, copiando-lhe a forma em crescente. Assim como esta queratite assume a forma intersticial pode revestir o tipo pontuado, o esclerosante e até o lepromatoso. SANTANASTASO já havia observado que o pano corneal crasso, nem sempre localizado na parte superior, costuma ser o “preludio da formação do leproma total da cornea.”

A coincidência de surgir a queratite em região privativa dos panos (tracoma, etc.) é que gerou a confusão, assim como o fato da neovascularização ser quasi sempre mais rica naquele territorio. E é por isso que, si uns lhe atribuem a cor característica de marfim (Van Driel), que seria propria da queratite esclerosante, outros, devido ao espessamento observado por vezes no epitelio corneano, o incluem entre as formas hiperplásticas, ou o consideram como preludio delas.

Com o auxilio da lâmpada de fenda, tornam-se bem evidentes as alterações do epitelio e do parênquima corneano, a vascularização do limbo e da cornea, com vasos superficiais e profundos. As vezes, vasos super-

ficiais tornam-se profundos, passando à Descemet; via de regra, permanecem superficiais os que se originam da conjuntiva e profundos os que partem da esclera. Estes são menos tortuosos e ramificados. As infiltrações podem ser difusas (com ou sem vascularização), nodulares, pontuadas e lineares.

Os nervos da cornea podem ser vistos sob varios aspectos: normais, uniformemente espessados (com ou sem infiltração na zona corneana circundante), espessados e em rosario, isto é, sob a forma de numerosos micro-nódulos dispostos como grânulos de pólvora em torno do tronco nervoso ⁽¹²⁸⁾. Em doente de 21 anos, afetado de ligeira irritação conjuntival, MINDER e BERN ⁽¹²⁸⁾, por meio da lâmpada de fenda, registraram nevrites leprosas na cornea transparente, nas vizinhanças do limbo, sob o aspecto de múltiplos espessamentos pontuados ou de turvações fusiformes.

Sob o ponto-de-vista anátomo-patológico, distinguem-se as queratites sifilíticas, tuberculosas e leprosas pelas alterações diferentes da cornea. Em todas as três, há um processo inflamatorio crônico, no qual sobressai: na sífilis, um edema flogístico com dilatações dos estratos profundos; na tuberculose, dissociação e infiltração lamelar, provavelmente profunda e nódulos com células gigantes; na lepra, infiltração nodular nos estratos anteriores, com maior intensidade no limbo e com o epitelio normal apenas sublevado.

Exames histo-patológicos, praticados em casos de queratite intersticial leprosa (JEANSELME e MORAX, DOUTRELEPONT e WOLTERS, PHILIPPSON, DUPUY-DUTEMPS e MAWAS, CALDERARO, SANTANASTASO), revelaram infiltrações nodulares constituídas por leucocitos contendo bacilos, em correspondencia com as opacidades puntiformes ou difusas das camadas mais superficiais do parênquima, entre a membrana de BOWMANN adelgada ou destruida e as lâminas corneanas, raramente nas camadas médias e profundas. Há sempre integridade do epitelio corneano e da membrana de Descemet.

As infiltrações celulares são geralmente mais confluentes e mais espessas na vizinhança do limbo; as células leprosas (leucocitos e células fixas da cornea) de formas e dimensões variadas, interpostas às lâminas corneanas, neste ponto se enriquecem de número consideravel de bacilos.

Si há na lepra lesões oculares que, desajudadas dos estigmas cutaneos proprios da doença e de facil verificação, se confundiriam com as da tuberculose, da sífilis etc., tais como as queratites parenquimatosas, as irites e as írido-ciclites, sós, ou, o que é mais comum, associadas, um tipo de queratite hiperplástica muito grave e muito veloz na sua evolução inexoravel, apelidada tambem forma pseudo-tumoral, notabiliza-se por inconfundivel originalidade.

Oriundo do limbo, onde primeiro se radica à custa da episclera e da esclera, proemina aí um leproma que, em determinada fase, simula um *pterygium carnosum*, avançando sobre a cornea, incorporando-a e des-

(128) DE WECKER et LANDOLT — *Traité d'Ophtalmologie*, t. II, p. 209.

truindo-a à proporção que se avanta em altura e extensão. Ocorre somente nas formas lepromatosas e nas formas mistas ou complexas.

No limite entre a carnosidade e a cornea sã, medeia uma faixa estreita e esbranquiçada de tecido corneano esclerosado. Prefere geralmente, para sede inicial, ou a parte superior do meridiano vertical ou o lado temporal do meridiano horizontal.

"Il affecte (l'infiltrat lépreux), — diz JEANSELME, — la forme d'une saillie circonscrite ou étendue à toute la cornée, la dépassant même quelquefois et donnant, de prime abord, l'idée d'une néoplasie. Ces néo-formations sont constituées par une accumulation de cellules lépreuses rondes ou fusiformes situées sous l'épithélium cornéen proliféré, mais non détruit."

Tais lepromas, que nem sempre são bilaterais, e quando o são não se desenvolvem com a mesma intensidade em ambas as corneas, assumem, não raro, proporções de tal monta que entre a sua superfície e a da esclerótica se mede uma diferença de um centímetro, impedindo por vezes a oclusão perfeita das pálpebras. E' liso, roseo ou avermelhado, finamente vascularizado. A conjuntiva que o cobre lhe é muito aderente. O máximo de sua altura assinala-se ao nível do limbo; decresce em direção à cornea e à esclerótica. Ao contrario do que asseveram HULANICKI e LOPEZ, aliás com a restrição de raridade, em 1.500 doentes nunca presenciamos o nascimento de um leproma no tecido corneano propriamente dito, nem lemos, alhures, o registro da preciosidade. Com VAN DRIEL, opinamos que não pode existir leproma primario da cornea. Porque a esta, aduzimos, lhe faltam as condições essenciaes para intensa proliferação celular; não possui circulação propria, imediatamente subsidiada pela circulação geral. Estamos em que é tão impossivel o leproma primario da cornea, como o seria um pterigio que dispensasse os favores dos vasos conjuntivais. Mesmo em se tratando de tumores malignos, cuja etiologia e patogenia por certo se não confundem com as da lepra, é sabido que brotam do bordo esclero-corneano, da esclerótica, da conjuntiva, da iris e do corpo ciliar. Tudo que se excetue a esta regra geral, como os dois carcinomas de WECKER (¹²⁸), o melanosarcoma de PANAS (¹²⁹), etc., é considerado raridade digna de museu de anatomia patológica.

E' preciso não confundir a esclero-queratite hiperplástica, característica nos sinais por que se manifesta, original na sua evolução, que consiste no avanço crescente de uma saliencia carnosa por cima da cornea, depois de se implantar no limbo, na parte superior (12 horas) ou externa (9 ou 3 horas) do quadrante ocular, observando-se mesmo a olho desarmado o limite entre a parte sã e brilhante da cornea e o tumor amarelado ou avermelhado, conforme a riqueza de sua vascularização, com outras hiperplasias do limbo, tangentes à cornea já com sinais de queratite intersticial e mais ou menos opacificada, sem, todavia, manifestarem tendencia de invadí-la.

(129) PANAS — *Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cornée*. "Thèse", Paris, 1887. "Révue Génér. d'Ophthal.", 1888, p. 78.

E' desconcertante a falta de paralelismo entre as exuberantes excrescencias aderentes à esclerótica e à cornea, ameaçada de submergir debaixo da cortina crassa de tecido neo-formado, e as partes não menos nobres e delicadas do segmento anterior, tais como a iris e o corpo ciliar, que só tardiamente se revelam também atingidos pelo leproma.

Em contraste com o opaco, com o ouro velho do tecido suculento, que às vezes já se sobrepõe a mais de dois terços da area corneana, brilhante e sadio se nos apresenta o terço restante, através do qual, a-pesar-de escasso pontilhado e raras estrias esbranquiçadas, que por vezes se vêem no estroma pela iluminação lateral em câmara escura, ou na lâmpada de fenda, a camera anterior se nos entremostra desobstruída e com profundidade habitual; normal a pupila no tamanho, no feio e nas reações à luz e aos midriáticos; límpidos e transparentes, o cristalino e o humor vitreo; íntegro, o *fundus oculi*; em números ótimos, o oftalmotono; a acuidade visual, em frações elevadas ou igual a 1; limitação natural da campimetria, correspondente ao obstáculo anteposto à pupila.

Os exames anátomo-patológicos (^{130,35}) quasi sempre praticados sobre olhos enucleados que já chegaram ao termo final de sua evolução ou já caíram em atrofia, revelam lesões múltiplas da cornea, da parte anterior da esclerótica, da iris e do corpo ciliar. Provam, portanto, que o leproma se estende em superficie para depois penetrar no segmento anterior, cobrindo-se com o epitelio da cornea e da conjuntiva; intromete-se na parte anterior da esclerótica; avança para a cornea, provavelmente através das bainhas dos feixes nervosos que transpõem o limbo para penetrarem na membrana de Bowmann; desenvolve-se, sobretudo, à custa da parte superficial da esclerótica, poupando sua porção posterior e a resistente membrana de DESCMET.

As neo-formações são constituídas por um acúmulo de células leprosas redondas ou fusiformes, situadas sob o epitelio corneano, que se acha espessado, mas não destruído, em grande maioria cheias de bacilos; vasos numerosos e lacunas hemorrágicas encontram-se dentro delas. Embora nenhum sintoma subjetivo alarmante denuncie a meiopraxia da iris e do corpo ciliar, aos quais a infecção pode chegar tardiamente, observa-se, com desalento, que a area sã e brilhante da cornea vai minguando progressivamente em beneficio da hiperplasia que, como lava vulcânica, a submerge e a inutiliza. Por duas vias, embora quasi nunca simultaneamente, é o segmento anterior aquí invadido pela afecção. Superficialmente, a lesão se propaga a olhos vistos e mais depressa, sem fenômenos reacionais que admoestem o doente e o especialista, servindo-se da delgada e homogenea membrana de BOWMAN e da porção anexa do estroma

(130) BERGER et MEYER — *Tumeur lépreuse de la cornée*. "Rev. Générale d'Ophtalmologie", 1889, N.º 1, p. 1.

(131) A. PASINI — *Nodulo leproso della cornea (studio istologico)* — "Giornale italiano delle Malattie Veneree e della Pelle", Vol. LIII, Anno XLVII, Milano, 1912.

(132) MEYERHOF e SOBHY-BEY — *Leproma da cornea*. "Zentralblatt", 1926, Vol. 20, p. 201.

(133) SAUVINAU et MORAX — *Léprome de la cornée*. "La Presse Médicale", Paris, 1908, 1, p. 246.

(134) CHARINI e FORTUNATI — *Un cas de lèpre mutilante, avec lésions oculaires*. "Ann. d'Ottalm.", Anno XXII, 1894.

(135) DE VINCENTIS — "Ann. d'Ottalmologia", p. 51, 1880.

corneano, nas quais se intromete como cunha, sem lesar o epitelio, a parte restante do tecido proprio, a **DESCEMET** e o **endotelio**. Partindo da esclera, transposto o limbo, estradam-lhe o percurso, provavelmente, os filetes nervosos abundantes na membrana de **BOWMANN** no parênquima que lhe é subjacente e intimamente unido. Profundamente, em futuro mais ou menos remoto, com algias denunciando, exsudatos e sinequias, são o corpo ciliar e a iris (tambem esta na superficie, porque sua camada pigmentar fica indene), induzidos a uma solidariedade que, dificultando quaisquer terapêuticas, engravece, sobremodo, o prognóstico.

CAPÍTULO IX

IRIS E CORPO CILIAR

Dividem-se as irites leprosas (¹³⁶) em 4 tipos bem definidos: seroso, intersticial, nodular e miliar.

O tipo seroso ou plástico caracteriza-se pela insidiosidade, pela frequencia, sobretudo si for procurado com a lâmpada de fenda. Ausentes são quasi sempre os sinais subjetivos, os quais surgem quando as sinequias, a principio insignificantes, incrementam-se e fixam todo o esfincter pupilar. Organiza-se a seclusão, que costuma ser acompanhada da oclusão parcial (Figs. 16, 17 e 18). Então, a decrescente acuidade visual adverte o doente de seu estado, assim como as dores de maior ou menor intensidade, consequentes às crises hipertensivas. Neste periodo, já há concomitancia de lesões do corpo ciliar, da cornea, etc., em virtude de um principio geral — as lesões do segmento anterior pouco tempo permanecem isoladas: solidarizam-se precoce e frequentemente.

Depende das proporções do exsudato o aspecto da area pupilar, que, nos casos extremos, se torna acinzentada; tambem varia muito a forma de que se reveste, podendo ser ovalar, fusiforme, em fenda, muitas vezes excêntrica, porque deve corresponder à distribuição das sinequias em torno do esfincter.

A sinequia é comumente descoberta da atropina ou da lâmpada de fenda. Nos casos recentes de irite sub-aguda ou inicialmente crônica, pela ação da atropina, dilata-se livremente a pupila, ficando o exsudato fibrinoso junto ao bordo pupilar, donde se destacou por vezes um fragmento pigmentado, que permanece preso à superficie anterior do cristalino. Nos casos extremos, há substituição do exsudato pela proliferação de tecido conjuntivo cicatricial, que é mais espesso no bordo pupilar, adelgaçando-se para o centro, e aderente à face anterior do cristalino. Consequente a qualquer um dos tipos, com o decorrer do tempo o tecido

(136) A individualidade da irite leprosa só ficou bem determinada depois dos trabalhos de Schmidt, em 1801. (RAIZIS — Loc. cit.).

iriano entra em atrofia, tornando-se sem brilho, de aspecto acinzentado. As criptas desaparecem. A pigmentação desorganiza-se, ausentando-se de certos pontos, acumulando-se peri-pupilarmente, (tipo intersticial). Quando o tipo seroso ou plástico explode com violência, o que é exceção, nada o diferenciara das irites de outra natureza (sifilítica, blenorragica, tuberculosa). Quasi sempre, porem, os comemorativos, as lesões esclerais ou corneanas favorecem o diagnóstico diferencial.

O tipo nodular, negado por alguns autores, porque nunca o viram (LIE, BREDÁ, TISCORNIA), é para outros de grande vulgaridade (STITT, HIRSCHBERG) e, para WOND, patognomônico. CALDERARO encontrou-o em 1% dos casos. Coloca-o DE VINCENTIS na parte periférica da iris, sobretudo no segmento inferior. PETTER LUTHER registrou-o no bordo pupilar. MELLER observou dois nódulos na iris, do tamanho da cabeça de um alfinete, intensamente brancos. Deste modo o descreve HIRSCHBERG (137): "O carater particular desse processo, que muito semelha o da tuberculose, porem de menor gravidade, consiste em que os nódulos desaparecem muito rapidamente, enquanto que outros se reproduzem, como que por embolia."

Os lepromas irianos tomam dimensões variaveis e não têm sede fixa; vimo-los na base da iris, simulando gomas sifilíticas ou tuberculosas, entre o ângulo da câmara e a pupila, na margem do esfincter (Figs. 12 e 14). São amarelados, globulosos, às vezes achatados, geralmente unicos.

Quando se localizam na região do corpo ciliar, dão oportunidade a estafilomas e cercam-se de fenômenos de irritação ocular muito violentos, de "espantosa irritabilidade", segundo expressão de BORTHENN. Como WOOD, observamos toda a evolução que lhe é propria: o crescimento progressivo, o periodo de maturidade, a resolução e a reabsorção final do leproma, em cujo ponto de implantação na iris se tornou visivel a subjacente camada pigmentar (Figs. 14 e 15). O tipo miliar, somente bem visivel com a lâmpada de fenda, muito semelhante às granulações miliares de certas formas agudas de irite tuberculosa, foi pela primeira vez descrito por MORAX, em 1898, que voltou ao mesmo assunto em 1934 (138), depois por GANGE, ESPADA e WOOD (139). Minúsculos grãos brancos ou acinzentados dispersam-se pela face anterior da iris, imitando a poeira de giz, farinha ou pó de arroz. Agrupam-se especialmente nas proximidades do esfincter iriano. Não provocam fenômeno reacional notavel, nem revelam tendencia a crescimento.

A hipótese de MORAX, que os descreveu como provaveis lepromas miliares, foi posteriormente confirmada por KURIKS (140). Tais lepromas semelham-se microscópica e bacteriologicamente às formações en-

(137) HIRSCHBERG — *Iridocyclite leprosa* — "Zentralblatt für Augenheilkunde", XII, p. 23.

(138) MORAX, V. — *Quelques aspects particuliers de l'iritis lépreuse*. "Annales d'Oculistique", Tome CLXI, 1934, Paris.

(139) WOOD — *Lepros dos Olhos*. "Zentralblatt", 1926, Vol. 19, p. 251.

(140) KURIKS — *Observações microscópicas corneanas na lepra* — "Dermatologische Wochenschrift", 1926, Vol. 82, p. 243.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Subsídios para o estudo da lepra ocular

SERGIO VALLE



FIG. 1



FIG. 2

PARPINELLI, *des.*

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Subsídios para o estudo da lepra ocular

SERGIO VALLE

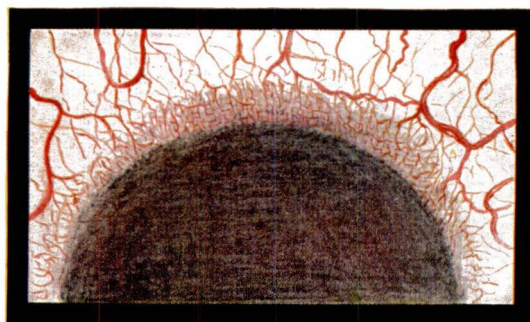


FIG. 3

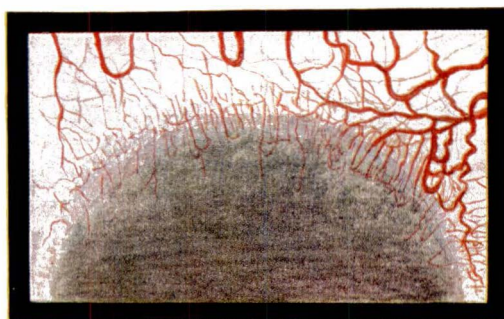


FIG. 4



FIG. 5

PARPINELLI, *des.*

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Subsídios para o estudo da lepra ocular

SERGIO VALLE



FIG. 6



FIG. 7

PARPINELI, *des.*

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Subsidios para o estudo da lepra ocular

SERGIO VALLE

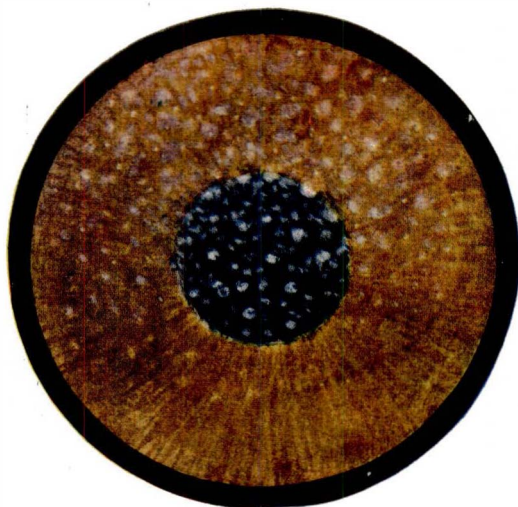


FIG. 8

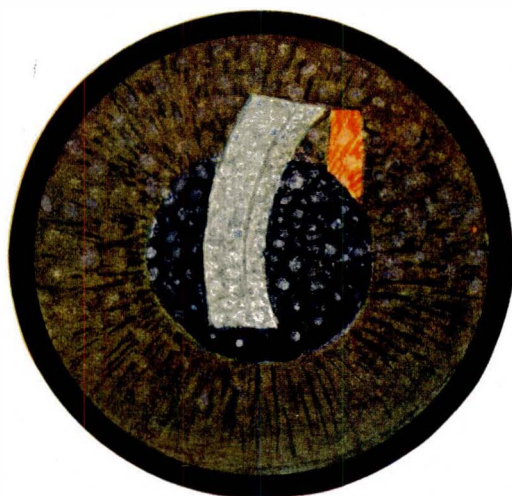


FIG. 9

PARPINELI, *des.*

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Subsídios para o estudo da lepra ocular

SERGIO VALLE

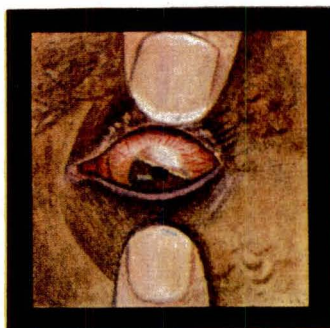


FIG. 10



FIG. 11

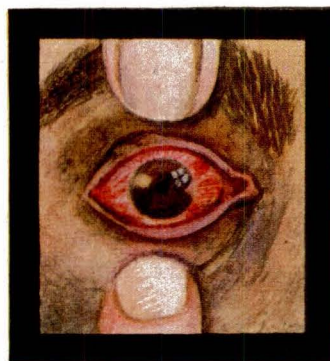


FIG. 12

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Subsídios para o estudo da lepra ocular

SERGIO VALLE

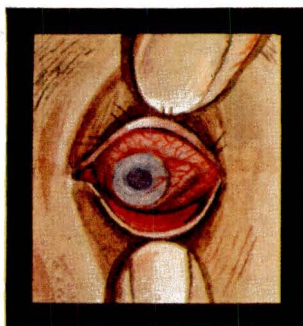


FIG. 13

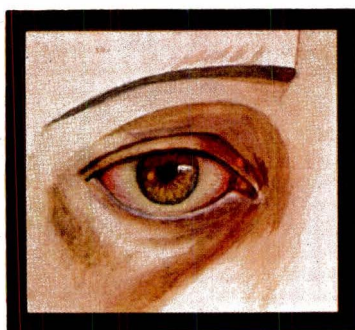


FIG. 11

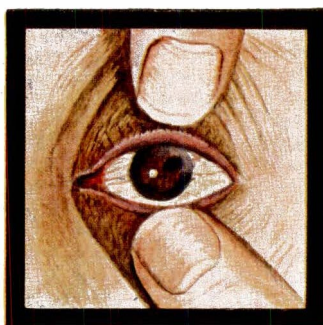


FIG. 15

PARPINELLI, *des.*

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Subsidios para o estudo da lepra ocular

SERGIO VALLE



FIG. 16



FIG. 17

PARPINELI, *des.*

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Subsidios para o estudo da lepra ocular

SERGIO VALLE

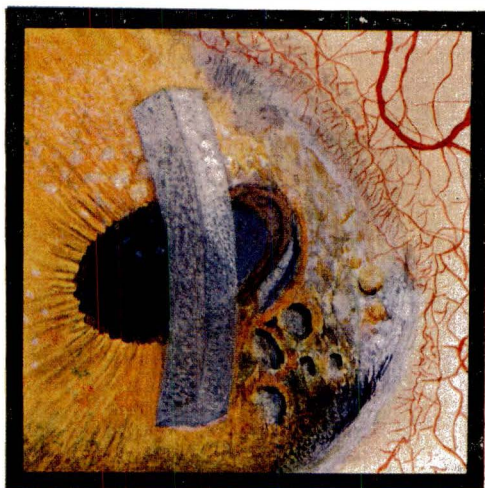


FIG. 18

PARFINEI, des.

Para os endogenistas, o tractus uveal seria primitiva e precocemente afetado, começando o processo no ângulo iriano e proliferando para a frente (iris), para dentro (corpo ciliar), para trás (coróide) e para fora (limbo esclero-corneano).

AGNELLO ⁽¹⁴²⁾ considera-se descobridor de varios casos de irite primitiva. (Vide Cap. III — Diagnóstico diferencial).

(141) AGNELLO — *Sulla iridite leprosa primitiva*. "Zentralblatt", Vol. 51, p. 132, 1934.

ILUSTRAÇÕES

- Fig. 1. — Limbo normal (*Die Mikroskopie des Lebenden Auges*, Meesmann).
- Fig. 2. — Limbo na lepra.
- Fig. 3. — Neo-vascularização leprotica.
- Fig. 4. — Pano do tracoma dubium de Mac Callan.
- Fig. 5. — Madarose total e blefaro-calasio.
- Fig. 6. — Episclerite nodular.
- Fig. 7. — Episclerite difusa. Reação leprotica no olho direito.
- Fig. 8. — Queratite pontuada.
- Fig. 9. — Queratite pontuada, na lampada de fenda.
- Fig. 10. — Queratite intersticial e nodular. Cicatriz linear da queratotomia limitante. (Processo de Kaurin).
- Fig. 11. — Queratite esclerosante periferica.
- Fig. 12. — Leproma iriano mais irite plastica.
- Fig. 13. — Reação leprotica ocular, super-aguda. (Olho de peixe cosido).
- Fig. 14. — Leproma iriano. Sobrancelhas a craion.
- Fig. 15. — Irido-ciclite mais queratite periferica.
- Fig. 16. — Irite plastica, atrofica e miliar.
- Fig. 17. — Reabsorção do leproma iriano. Vê-se a camada pigmentar da iris.
- Fig. 18. — Irido-ciclite mais queratite periferica.