Hipertensão nas uveites (*)

Prof. BENEDITO PAULA SANTOS — São Paulo

Senhor presidente.

Quero primeiramente agradecer ao professor Moacir Alvaro a honra que me concedeu, designando-me para iniciar a discussão de "Mesa Redonda" sôbre o problema da hipertensão nas uveites.

No entanto creio que, tanto quanto êle, tenho que lamentar a ausência dos oculistas de outros estados e do estrangeiro a esta sessão, porque o maior interêsse do assunto ora em debate está em conhecermos a opinião de todos oculistas, especialmente em saber cada um de nós, como agem os nossos colegas nesta complicação das uveites. O assunto, sob o aspecto bibliográfico, é sobremodo restrito. Para dar uma idéia do pouco que se tem escrito a respeito, diria que Fuchs não lhe consagra mais que algumas linhas e que o "Tratado Francês de Oftalmologia" apenas lhe dedica pouco mais que uma página.

Não quer isso dizer, no entanto, que à hipertensão nas uveites não se deva dar a mesma importância que aos demais aspectos ou formas de glaucoma, quer primitivos, quer secundários.

Vale, pois, antes, estabelecer um conceito.

Se a úvea é a membrana que vai dos contornos do nervo ótico, na parte posterior do globo, aos contôrnos pupilares, na parte anterior, evidentemente uma inflamação em qualquer dos seus pontos, pode ser chamada uveite. Assim, uma simples inflamação da iris, num sentido geral, é uma uveite.

Agora, sob o aspecto anátomo-clínico, podemos dividir a membrana uveal em duas partes: segmento anterior ou irido-ciliar e segmento posterior ou coroideo.

O segmento anterior compreende a iris, o corpo ciliar e também a parte mais anterior da coroide e o segmento posterior compreende o resto da coroide.

Esta divisão não só se justifica por razões clínicas, como principalmente pela vascularização. Com efeito, a coroide é irrigada pelas ciliares curtas posteriores, enquanto as ciliares longas vão formar o grande círculo arterial da iris, da qual partem ramos radiados que

---

(*) Trabalho apresentado por ocasião do 1.º Congresso Anual da Soc. de Oftalmologia de S. Paulo, anexo ao 2.º Congresso Médico Paulista — Março de 1945.

concorrem ao pequeno círculo arterial da iris; ora, ao grande círculo arterial da iris vêm ter as artérias musculares, após perfurarem a esclerótica próximo à região límbica. Assim, enquanto as ciliares curtas posteriores nutrem a coroide, as ciliares longas posteriores e as musculares nutrem a iris e corpo ciliar e por pequenos ramos recurrentes também a parte mais anterior da coroide. De modo que, uma vez feita a distinção destes dois segmentos, podemos ter na inflamação da úvea, as uveites posteriores ou coroidites e as uveites anteriores, ou iridociclites. Vale esta separação, porque, para logo podemos afirmar, de um modo um tanto absoluto, que nas coroidites propriamente ditas, a hipertensão não é assinalada.

Agora, quanto às irido-ciclites, tomadas em conjunto, convém alguns comentários. Se é certo que em todos os tratados encontramos capítulos distintos consagrados às irites e às ciclites, na prática a separação dêstes dois grupos de afecções se não é um tanto artificial, é pelo menos assás difícil de fazer-se. Com efeito, se pela maior intensidade dos fenômenos inflamatórios predominantes no diafragma iriano, falamos de irite simplesmente, é realmente difícil, se não impossível diagnosticar ou afirmarmos que há uma ciclite pura, sem nenhuma repercussão inflamatória sôbre a iris.

Então, se poderiamos admitir irite sem ciclite, o inverso, se não é impossível, é excessivamente raro.

E assim, no que diz respeito à hipertensão nas uveites, vamos considerá-la sob êste duplo aspecto: hipertensão nas irites e hipertensão nas irido-ciclites.

De um modo geral, no entanto, podemos desde logo afirmar que tanto nas irido-ciclites, como nas irites, mesmo nas irites vermelhas, com abundância de exudatos, como fotofobia intensa e com dôres agudas, lancinantes, o que domina é a hipotensão, que se pode verificar até pela inspeção digital. E tanto assim é, que todos nós, e penso que nisto ninguém faz excessão, instilamos logo um midriático e o repetimos tantas vezes quanto seja necessário para a obtenção da dilatação máxima, o que além de evitar as sinequias, traz surpreendente melhoria ao doente, com a diminuição ou mesmo o desaparecimento das dôres.

Nas formas agudas de irite, se temos o fenômeno dôr, não é êle provocado por hipertensão, mas sim por compressão inflamatória dos nervos.

Evidentemente aqui estamos considerando a irite aguda, em sua primeira fase; porque, posteriormente, há, pelo menos, a tendência à formação das sinequias posteriores, o que procuramos evitar com os midriáticos. Se o doente nos chega já com sinequias, a instilação

dos midriáticos tem por fim rompe-las, o que nem sempre se consegue. E se isto se dá, ou se o paciente não foi medicado a tempo, pode acontecer que se forme uma sinequia completa, com aderência de todo o contôrno pupilar ao cristalino, caso em que fica comprometida a circulação do humor aquoso da câmara posterior para a anterior. Então vamos ter o acumulo do humor aquoso na câmara posterior, acarretando abaulamento da iris para o lado da córnea, ou seja a chamada iris em tomate. Nestes casos, como todos sabemos, a hipertensão quasi sempre está presente e pode ser mais ou menos acentuada, requerendo intervenção precoce e eficaz, para que o nervo ótico não venha a sofrer as suas consequências. E a intervenção aqui, tanto pode ser a transfixão da iris como a iridectomia. Esta então pode ter dupla finalidade; combater a hipertensão como também ser preparatória de uma possível ou posterior operação de catarata, e, isto além de ser também iridectomia ótica.

Vamos agora considerar a hipertensão nas ciclites, ou melhor, nas irido-ciclites, pois como já vimos, não é fácil fazer uma distinção precisa entre ciclites puras e iridociclites. De um modo geral, e assim afirmam os tratadistas, o que domina nas iridociclites, é a hipotensão moderada. No entanto, se esta hipotensão se acentua, se temos o olho mole nas ciclites, todos nós o sabemos, estamos diante de um caso de mau prognóstico, em que, no geral, se perde tôda a visão, quando não se perde até o olho por atrofia do globo.

Ao versarmos o problema da hipertensão nas uveites, queremos acentuar que cnsideramos tão só a hipertensão no que diz respeito ao seu diagnóstico e tratamento, dando por subentendidos o problema do diagnóstico e tratamento da uveite em si.

Nas iridociclites raramente ocorre a hipertensão. Raramente e felizmente, porque quando uma hipertonia complica uma iridociclite, estamos diante de um problema de solução quasi sempre muito difícil.

Primeiramente temos que considerar o diagnóstico exato de iridociclite com hipertensão e não confundí-la com um glaucoma primitivo ou secundário de outra forma qualquer.

Êste diagnóstico, no entanto, fica muito simplificado se já conhecemos de algum tempo o doente, isto é, se se trata de um doente que já sabemos com iridociclite e no qual posteriormente se instala a hipertensão. Nestes casos, evidentemente, só temos que diagnosticar a complicação. Mas se o doente nos aparece pela primeira vez com a uveite já complicada de hipertonia, então, se o diagnóstico é muita vez facilitado pelo exame biomicroscópico cuidadoso, outras tantas pode ser bem difícil, especialmente se acentuado o edema da córnea. Neste caso então, vale muito uma anamnese bem feita e uma

pesquisa rigorosa dos depósitos na face posterior da córnea, que nunca faltam nas ciclites.

Mas a dificuldade de diagnóstico em tais casos não deve levar ao exagêro de Malling, citado por Teulières e Beauvieux, que em setenta e um casos de glaucomas tidos como primitivos, só encontrou nove que realmente eram dignos desse nome.

Na citação dêstes mesmos autores, além de Malling, entram Terrien e Veil, que, com auxílio do microscópio, puderam encontrar precipitaos, ainda que discretos, na face posterior da córnea, de pacientes com as chamadas hipertonias idiopáticas.

Explanada assim em síntese a questão do diagnóstico da hipertonia nas iridociclites, vejamos agora o problema do seu tratamento.

Primeiramente, acentuemos uma vez mais, que deixamos de parte o tratamento da uveite em si, embora lhe atribuamos valor fundamental e requesito mesmo "sine qua non", para o tratamento da hipertonia que a complica.

A terapêutica da hipertensão nas iridociclites deve ser considerada sob dois aspectos: terapêutica médica e terapêutica cirúrgica.

A terapêutica médica diz respeito ao emprêgo dos mióticos e midriáticos. E aqui vários casos podemos ter. Em primeiro lugar pode tratar-se de um doente em uso constante de atropina, no qual se instala a hipertensão. Neste caso parece lógico e prudente que se deva suprimir o uso do midriático e mesmo usar-se um miótico.

Mas se o doente não estava ainda sob a ação de midriáticos e se há sinequias posteriores, eu, pelo menos, não vacilo em empregar, aliás com muito cuidado e vigilância, a atropina, que, rompendo as sinequias, pode ser benéfica.

Casos há em que se pode, de acôrdo com as alternativas que se apresentem, usar alternadamente midriáticos ou mióticos.

Se o doente piora com os midriáticos e ao mesmo tempo tem tendência para a formação das sinequias, então é preferível não empregar medicação alguma de ação sôbre o tamanho da púpila.

Evidentemente esta terapêutica da hipertensão deve ser acompanhada do tratamento geral da uveite, convindo lembrar serem de bom efeito as soluções hipertônicas de glicose.

Vejamos agora a terapêutica cirúrgica a hipertensão nas iridociclites.

Em primeiro lugar, pela sua simplicidade e inocuidade, temos a punção da câmara anterior. Esta operação conquanto não ofereça resultados muito seguros, tem a dupla vantagem de ser anodina e de poder ser repetida várias vezes. Além do mais, a punção age também pela renovação do humor aquoso e é sabido que êste, quando de nova formação, isto é, o humor aquoso segundo, tem maior quantidade de anticorpos.

Aliás, em uma das últimas sessões dêste Congresso, o doutor Jonas Arruda mostrou-nos a observação de um doente que após 5 punções, teve a sua tensão normalizada. Ademais a punção tem a vantagem de permitir o emprêgo dos midriáticos e se os seus feitos são, na maioria das vezes, transitórios, êstes interregnos de baixa da tensão ocular nos permitem avançar no que diz respeito ao tratamento geral da uveite em si.

Em segundo lugar pode-se colocar a iridectomia.

Esta intervenção é, no entanto, a menos aconselhada, pois que os seus resultados são, na maioria das vezes, decepcionantes. Especialmente quando há tendência para formações plásticas então ela é de todo inutil, porque uma vez executada, como que se fecha a ferida iriana, sem nenhum efeito sôbre a hipertensão.

A esclerectomia viria em terceiro lugar e esta tem os seus adeptos, podendo, segundo êstes, trazer bons resultados.

Finalmente temos a ciclodialise que é a operação de escolha. Com efeito, ela pode ser feita após o malogro das punções e os seus resultados podem ser satisfatórios.

Nestas considerações pode-se bem concluir que a hipertensão como complicação das uveites é sempre um problema de solução difícil e que, quando uma intervenção cirúrgica se faz necessário, então o problema se tornou angustiante e entramos no domínio das incertezas.

Análises, Resumos e Comentários

AS GRANDES INDICAÇÕES DA ELETROTERAPIA EM OCULISTICA

ROLIM DE MORAES — Oftalmologia Ibero-Americana — Vol. VI n.º 2

O A. num longo artigo, expõe as indicações oftalmológicas, médicas e cirúrgicas das correntes elétricas e das radiações elétromagnéticas. Na primeira, estuda a corrente voltaica faradica e de