

Vinte anos de cirurgia da catarata (*)

W. BELFORT MATTOS — São Paulo:

À memória de Gabriel de Andrade.

Ha mais de 20 anos pratiquei a minha primeira operação de catarata. De então a esta parte como aumentaram os recursos da cirurgia ocular! Estudando e aplicando os processos mais seguros para a extração da catarata senil, não tinha eu, confesso, entusiasmo em praticá-los. Achava que só se restituía a vista a limitado número de cataratados. Qualquer visão conseguida após a extração de uma catarata era tida como um grande sucesso operatório. Lembro-me de que muitas vezes meus chefes de enfermaria mandavam de volta para lugares muito longes, velhos quasi cegos que nos haviam procurado, trazidos pela mão de outrem. Só deveriam tornar à enfermaria quando não mais vissem os dedos diante dos olhos. Operava-se a catarata quando completamente madura, aquelas que não deixavam formar-se a sombra da iris, pela iluminação oblíqua. Mesmo as intumescentes deveriam esperar para que a câmara anterior se tornasse mais funda para maior facilidade da intervenção e para que não ficassem massas do cristalino no saco capsular.

O processo que praticava a princípio, era o que aprendera quando interno de clínica, o denominado *processo clássico*: operação extracapsular; anestesia por instilação de coca-adrenalina; incisão limbar; larga iridectomia; cistotomia; extração digital transpalpebral do núcleo e das massas cristalínias. Era recomendado o máximo repouso em decúbito dorsal durante muitos dias. A hernia da iris e a perda do vitreo eram frequentes. Havia até quem preconizasse a retirada de uma porção de vitreo para uma melhor cicatrização e a imediata dilaceração da capsula posterior do cristalino, como preventiva da catarata secundária. Para cada 10 operações de catarata eram praticadas 5 discisões de cataratas secundárias. Quando tudo corria bem, após algum tempo, as vezes 2 ou 3 anos depois, uma catarata secundária reclamava uma discisão. Era a capsula posterior do cristalino a qual apezar de ter ficado livre de qualquer porção de massa cristalíniana se encarquilhava como uma telha de zinco prejudicando grandemente a visão.

Logo depois foi introduzida em cirurgia ocular a novocaina e passou-se a praticar a aquinesia. Esta, associada á ponte conjuntival, melhorou bastante a técnica da extração extracapsular combinada com a iridectomia total. O emprêgo da pinça para a capsulectomia diminuiu o número das cataratas secundárias. Quando a catarata estava hipermadura fazia-se muitas vezes, sem querer, a extração intracapsular da catarata. Isto aconteceu muitas vezes comigo assim como aos demais operadores. Lembro-me que em 1928, operando em Belo Horizonte, em uma demonstração cirúrgica no Hospital

(*) Comunicação feita á Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo, sessão de dezembro 1940.

S. Geraldo, ao querer fazer uma extração simples, extracapsular, arrancando grande fragmento da capsula cristaliniana, pratiquei sem querer, uma extração intracapsular, porque o cristalino saiu na capsula. No ano passado, quando o 3.º Congresso brasileiro de oftalmologia se reuniu em Belo Horizonte, em outra sessão operatória, ao querer demonstrar a técnica de Arruga, em uma extração intracapsular, pratiquei sem querer a extração extracapsular devido a capsula se romper no ato da extração. Tratava-se é verdade de um caso *mau*, onde haviam com insucesso operado o outro olho. Refiro-me a êstes dois casos testemunhados, na mesma cidade, pelo mesmo grupo de médicos, para frizar o seguinte: muitas vezes pretende-se usar um processo e se é obrigado a prática de outro semelhante, para se obter resultados iguais. Se insistirmos em praticar o que de ante mão houvermos delineado arriscaremos a vista do nosso paciente.

Durante muito tempo empreguei quasi exclusivamente a extração simples, extracapsular, com a sutura da cornea (pequeno pormenor que divulguei entre nós), aquinesia e anestesia profunda da órbita. Em *Cirurgia Ocular, Tomo I*, relato pormenorizadamente a técnica que estandarizara, técnica esta seguida ainda hoje por diversos colegas.

Em casos nos quais a catarata não amadurecia rapidamente, ficava o paciente durante muitos meses ou anos em meia cegueira a espera do ponto ótimo da operabilidade que muitas vezes não chegava.

Havia pois absoluta indicação de operar cataratas imaturas. Os vários processos de extração intracapsular aconselhados foram por mim ensaiados. Sem a aquinesia e a anestesia profunda da órbita, a extração intracapsular seria impossível. A pinça de Elschmig em minhas mãos falhava em 50 % dos casos, justamente naqueles em que eu desejava remover do interior do olho o cristalino cheio, do nucleo e massas. Passando a usar o aparelho de Barraquer a extração intracapsular tornou-se mais facil. Hoje, com o novo modelo da pinça de Arruga, pode-se tambem tirar na capsula quasi todas as cataratas, exceptuando-se as muito intumescentes.

Não mais se discute as vantagens da extração intracapsular sobre as demais. Sempre que a pudermos praticar devemos faze-lo. Só não a faz é quem não possui a técnica necessaria. O processo de Barraquer tão combatido a principio tem hoje milhares de adeptos que o praticam com poucas modificações. Diversos aparelhos produtores de vacuo foram construidos para substituir o de Barraquer. Inumeros tipos de *seringa-ventosa* foram idealizadas e construidas. Citarei apenas os de Dimitry, Rochon-Duvigneaud, Lijo Pavia, Arganaraz, Arruga e por último o aparelho de H. Ferrer. Todos eles usam contudo a ventosa idealizada e construida por Barraquer.

Arruga, hoje já não assinaria o artigo que publicou nos *Arquivos de Oftalmologia Hispano Americanos*, em Janeiro de 1928, intitulado: *Porque la gran mayoria de oculistas no pratican la operación de la catarata por medio de la ventosa?*

Cabe indiscutivelmente a Ignacio Barraquer a gloria de ter resolvido cientificamente o problema da extração total da catarata por meio da pinça-ventosa.

Quando Santos Dumont no seu pequeno avião deu *um salto* e não voou como disseram os *entendidos* da época, havia descoberto e posto em pratica a aeronautica. Assim ,tambem, todos aqueles que tentavam a solução do problema antes de Barraquer, não conseguiram. Foram os seus estudos e as pesquisas de laboratorio que vieram esclarecer a maneira de se poder retirar cientificamente uma catarata na sua capsula, com o minimo de traumatismo.

No meu artigo *A minha técnica atual na facoeresis de Barraquer*, publicado na *Revista de Oftalmologia de S. Paulo*, n.º 1 - 1938, relato pormenorizadamente a minha maneira de empregar a técnica de Barraquer na extração intracapsular. Opero egualmente com inteiro sucesso com a pinça de Arruga (ultimo modelo). A disposição das conchas e o ressalto facilitam grandemente a pegada da capsula.

O que tenho asseverado com toda a sinceridade em outros escritos sobre cirurgia ocular e especialmente sobre a cirurgia da catarata é um pouco diverso do que agora digo. O progresso da técnica cirurgica evoluida sempre obriga-nos a usar novos instrumentos e outras pequenas modificações nos diversos tempos cirurgicos para a obtenção de melhores e mais rapidos sucessos.

Esperar até que toda a catarata senil se torne madura para opera-la é hoje em dia um absurdo por todos os motivos. A ventosa ou a pinça retira na capsula qualquer cristalino: transparente, semitransparente, opaco, mole ou duro, aderente ou não. Em raros casos, como nos de alta miopia, naqueles antes operados de descolamento da retina, nos glaucomatosos, nos loucos, nos decrepitos e em mais alguns casos, a extração intracapsular poderá ser contraindicada. Operar um paciente cego dos dois olhos é mais difficil do que opera-lo quando ainda enxerga um pouco. Esperar que a catarata amadureça para se intervir é condenar um velho a uma semi-cegueira interminavel, é encurtar-lhe ainda mais a vida. Operei um velhinho que ha 11 anos estava esperando a sua catarata amadurecer e contudo ainda via os seus dedos a 40 centimetros. Quanto mais se espera para intervir, peiores serão as condições físicas do doente.

A pratica do amadurecimento artificial da catarata é uma má pratica. Já vi diversos olhos perdidos por esta manobra anticirurgica. O oculista que não possui a técnica suficiente para extrair na capsula uma catarata, deve se abster da cirurgia bulbar. A cirurgia já é um campo vastissimo sendo poucos aqueles que a podem exercer em sua plenitude. Dentro da nossa especialidade já cabem outras especialidades. Gabriel de Andrade, prefaciando a minha *Cirurgia Ocular* diz: "O tempo virá em que a operação da catarata tornar-se-á uma especialidade em oftalmologia e será praticada por um pequeno numero de especialistas."

Hoje, em meu material cirurgico para a operação da catarata figuram além da faquinha, pinça de fixação, curetas, pinça tesoura, espatulas, ble-

farostato de ramos paralelos e os de Arruga, as pinças de Pley, Elschnig, Arruga, o gancho expulsor de Arruga, e o erififaco de Barraquer. Está aí tudo que preciso para a extração intracapsular da catarata ou para a extra capsular se a tanto for obrigado.

Não quero insistir aqui nos cuidados pre-operatorios que são poucos, porem importantes: condições físicas do doente, estado da conjuntiva e das vias lacrimais, tensão ocular, focos septicos proximos dos olhos (dentes, amígdalas, seios da face, etc.), glicemia, etc. Devo contudo lembrar que as operações de catarata feita em velhos nem sempre podem ser praticadas nas condições ideais. A tosse, a hipertensão irreductivel, uma cifose, um estreitamento de uretra, são fatores, muitas vezes irremoviveis de complicações post-operatorias.

Conquanto os partidarios da dacriostomia digam que se possa operar uma catarata em olho que tenha sido dacriostomizado, eu pratico sempre nestes casos a ablação do sacco lacrimal com abertura dos canaliculos, para operar a catarata um mez depois. Arruga, um dos entusiastas da dacriostomia, aqui entre nós, em uma pessoa ilustre, preferiu tambem extirpar o sacco lacrimal infetado para mais tarde operar a catarata.

Entre as unicas complicações graves da extração intracapsular citarei o descolamento da coroide. (Já tive dois casos que cederam em 5 dias sem maiores consequencias) e o descolamento da retina (Já tive um caso operado pelo processo de Arruga e observei outros em operados por illustres colegas). Barraquer já chamou a atenção para este fato, de que na facoesis não existe o perigo do descolamento da retina, como nos outros processos de extração pela pinça.

Quando não ha nenhum acidente no ato operatório, o periodo post-operatório é sempre o mesmo: ausencia de qualquer reação ocular, camara anterior funda, cornea brilhante, reação pupilar presente. Acontece ás vezes, devido a uma tosse, aperto de olho, indocilidade, etc., haver hernia da iris, hifema ou mesmo irite. Tive nestes ultimos 20 anos uma hemorragia expulsiva 10 horas depois da operação em doente operado com inteiro exito do outro olho, tambem pelo processo de Barraquer e uma grave hemorragia da camara anterior com hernia da iris o que muito me deu que fazer, em nevro-pata diabetica.

Não acredito que a iridectomia periferica traga qualquer vantagem ou impeça de algum modo a hernia da iris, na extração extracapsular, razão pela qual não mais a pratico. O motivo de se pratica-la é incompreensivel, conquanto muitos autores como este a aconselham: “a botoeira praticada na raiz da iris permite que a tração exercida pela cicatriz seja minorada e não se transmita á região ciliar.” A cicatriz corneana a exercer tração?!

Na extração intracapsular a pupila estando muito dilatada fica a hialoide em contacto com a face posterior da cornea. O humor aquoso, abundantemente formado logo após a intervenção, querendo passar para a camara anterior, empurra a iris em toda a sua superficie de maneira a aumentar ainda mais a dilatação pupilar. Quando uma porção do humor aquo-

so passa para a camara anterior, vencendo a resistencia do esfincter, acolado á cornea, a hernia já se deu. A iridectomia periferica ou a iridotomia facilita a passagem do humor aquoso diretamente da camara posterior para a anterior ao nivel do limbo onde, como sabemos, a base da iris não encosta na cornea, mesmo quando a camara anterior está vazia. Na extração intracapsular pratico pois, a iridectomia periferica ou a simples incisão da raiz da iris.

Nos casos de larga iridectomia observa-se com muita frequencia incravamentos dos pilares do coloboma, o pinçamento ou o leve incravamento da base da iris na incisão ou uma pupila pouco excentrica que em nada prejudica o sucesso operatorio e visual. A não dilatação da pupila, a reposição da iris no ato operatorio, a ausencia de fragmento conjuntival ou capsular entre as bordas da incisão, o miotico instilado, o repouso do olho garantido pela aquinesia e pela injeção anestésica retrobulbar e o primeiro curativo feito 48 horas depois da operação garantem o não incravamento de iris na extração extracapsular.

A imobilidade no leito e a oclusão, por muitos dias, do olho operado são praticas que devem ser reformadas. Porque o doente ficar com a cabeça baixa depois da operação? Melhor posição seria a de recostado, quando se pratica a incisão corneana superior.

Opero em cama propria para melhor comodidade do doente e minha, porém não o obrigo a ficar com a cabeça muito baixa. Quando opero uma catarata e mando o doente andando para o seu leito o resultado é identico. Aconselho o uso da concha de aluminio de Elschnig em vez do penso de gaze e atadura.

Em doentes indocéis a cicatrização se dá, muitas vezes, melhor do que em pessoas quietas.

O operação de catarata é sempre um pequeno drama, diz Arruga com razão. Já citei em um artigo o caso de um doente meu, que no primeiro dia da operação arrancou o curativo e foi se alojar dentro do armario. Outra minha operada 4 horas após a intervenção estava vestida e de chapéu andando pelos corredores. Outro, no mesmo dia da operação colocou uma cadeira sobre a sua cama e poz-se a lidar com o globo da luz. Nestes e noutras delirantes nada aconteceu que compromettesse o sucesso operatorio. Tive um caso em que o meu auxiliar, a quem eu confiára o primeiro curativo, tratou do olho não operado, lavando-o, instilando-lhe atropina e cobrindo-o de novo, enquanto deixava o olho operado descoberto.

Se fossemos, eu e meus colegas, rever todas as fichas dos nossos operados, verificaríamos que todos os casos são diferentes uns dos outros e quasi todos interessantes. Quasi sempre, quando ha um insucesso operatorio em um olho, ha igual ou emelhante no outro; são condições personalissimas do paciente. Quantas vezes ficamos contentes com o desfecho operatorio e o doente fica descontente. Ouvimos, então, sempre a mesma cousa: “Doutor estou vendo tudo bem, porém exquisito, diferente.” “Estes oculos que o Doutor receitou são muito grossos, pesados!” Nas outras vezes é o *reflexo do riso* que se manifesta ao pormos os oculos com a

correção. Operei um coronel do exercito, pessoa muito nervosa e indocil, dos dois olhos, praticando em ambos a extração intracapsular. Num olho tudo correu bem ficando perfeito. No outro, deu-se perda de vitreo com incravamento da iris resultando uma pupila muito repuchada para cima e coberta pela palpebra superior. Pois, cousa admiravel, a visão deste olho ficou ainda melhor que a do outro. Um velhinho de Poços de Caldas que operára ha 8 anos e que morreu no ano passado, vinha sempre só, de tão longe, ao meu consultorio para dizer que não via nada com o olho operado, apesar de ter visão igual a 1 para longe e para perto. Um outro, sirio, em quem um meu antigo companheiro de trabalho extraira mal a catarata, com incisão corneana inferior e iridectomia total inferior, dizia ver melhor com este olho do que com o outro no qual eu praticara com inteiro sucesso estético e visual, uma extração simples, extracapsular, com incisão corneana superior. Um italiano enorme que perdeu um olho de operação de catarata e que foi, com inteiro sucesso, por mim operado do outro olho, vive hoje a mesma vida que vivia dantes.: a administrar a sua fazenda e a guiar o seu automovel pelas estradas, porém dizendo sempre que está muito *ruim* da vista.

Operei cataratas em pessoas de todas as idades, de muitas nacionalidades e cores, pelos varios processos que citei, em domicilio e hospitais.

Já duas gerações de operados, nestes 20 anos, passaram pelas minhas mãos: operei pais e filhos de catarata senil e de catarata congenita.

Se me alongasse ainda mais, contando os meus sucessos e os meus insucessos (os quais são felizmente, em numero muito menor do que os primeiros) poderia escrever um volume de novelas.

Um cliente a quem eu operára de catarata e que vinha sempre ao meu consultorio trazendo sua familia e seus amigos á consulta, disse-me uma vez: “Doutor, o senhor sabe que eu sou um dos seus bons clientes e que tenho inteira confiança em si; porém não sabe, que lhe acho muito antipatico. Eu mesmo tambem não sei porque.”

Uma senhorita com retinite pigmentar e catarata complicada, por mim tratada e operada, ficou com visão regular a ponto de poder ler o seu livro de orações. E, quando a retinite pigmentar progrediu e a surdez aumentou ia ela durante 1 ano e pouco todos os dias, sem excepção, á igreja, pedir a Deus que livrasse o seu medico dos seus inimigos, reconduzindo-o ao seu consultorio, pois somente ele, pensava, seria capaz de restituir-lhe a vista. Cousa rara, a céga gratidão!

O longo espaço de tempo que estive afastado das lides cirurgicas não foi capaz de me tirar nem de me diminuir a habilidade cirurgica, não tendo sido necessario treino algum para o reinicio da minha atividade cirurgica.

Para apresentar aqui uma estatistica completa de alguns milhares de operações de cataratas por mim praticadas durante estes meus 20 anos de exercicio da oftalmologia, seria indispensavel compulsar o arquivo da Santa Casa (enfermaria de olhos de mulheres) durante os anos

de 1919-1922, o arquivo do Instituto Penido Burnier (então Instituto Oftalmico) durante os anos 1922-1929 e o arquivo da Clinica Irmãos Belfort, 1929-1940, onde, ora, exerço a profissão.

Neste pequeno artigo, uma sumula da minha atividade cirurgica em 20 anos, apenas referencias aos processos cirurgicos que empreguei, não cabe uma critica a todos eles. Apenas para terminar direi que a facoeresis de Barraquer, ao meu ver, é o molhor processo que existe nos nossos dias para a extração de uma catarata. E' um metodo científico, seguro, facil e belo, só exigindo do operador certa habilidade, isto é, técnica.

Incidencia do tracoma em S. José dos Campos (Estado de São Paulo).

G. L. BERRETTINI - Rio Claro - Est. de S. Paulo.

Quando se fala sobre a distribuição do Tracoma no Estado de S. Paulo, todos se manifestam pela inexistencia da doença na zona este do Estado, mais conhecida como zona da Estrada de Ferro Central do Brasil.

Diz Silvio de Almeida Toledo em seu livro *Cooperação da Escola Primaria no Combate ao Tracoma*, na pag. 123: "... segundo dados que nos foram fornecidos pela Inspetoria Geral do Interior, existe uma larga extensão pertencente á Delegacia de Saúde de Guaratinguetá, em que, de 13 annos a esta parte, inclusive 1937, não foram notificados casos de Tracoma". Nesse mesmo livro ha a citação da estatistica de Aureliano Fonseca em que, sobre 603 doentes vindos do interior do Estado, atacados pelo Tracoma e matriculados no Serviço do Prof. Britto na Santa Casa de S. Paulo, entre 1927 e 1930, apenas sete (7) correspondiam á zona da Central, ou seja, 1,1 %.

Tendo clinicado em S. José dos Campos, cidade situada na referida zona, cheguei á conclusão pelo que pude apurar que ou aquilo que se pensava até agora não coincide com a realidade por falta de notificação, ou que, nos ultimos anos o Tracoma está se instalando mais ou menos rapidamente naquela região.

CASOS DE TRACOMA EM S. JOSE' DOS CAMPOS

(Clinica particular)

Numero de doentes examinados	399
Numero de tracomatosos	26
Porcentagem	6,51 %